

# MASTEROPPGAVE

Emnekode:  
BE304E

Navn på kandidat:  
Mariann Monsen

---

Virkemidler i samhandlingsreformen

- En studie av utfordringer og erfarte effekter i to kommuner

---

Dato: 08.06.2016

Totalt antall sider: 100



## **Forord**

Denne masteroppgaven ser jeg nærmere på virkemidlene i samhandlingsreformen. Jeg har hatt reformen som et mulig tema til min oppgave i en tid. Jeg ble først kjent med reformen da jeg jobbet i sykehus, selv om det var noen år før reformen ble innført. Min interesse er nok også knyttet til at jeg også har arbeidserfaring fra flere kommuner. Jeg har dermed noe kjennskap til organisasjon og utfordringer både fra kommunalt perspektiv og fra sykehusperspektiv. Spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste er store offentlige sektorer i Norge. Jeg har funnet det fasinende å prøve å finne ut av hvordan en reform, fra planlegging til implementering, gjennomføres i storskala. Empirien i oppgaven er hentet fra to kommuner som er anonymisert i studien. Det at jeg har tatt utgangspunkt i to kommuner medfører at funn og analyse viser effekter og utfordringer ut fra et kommunalt perspektiv.

Arbeidet med oppgaven har vært en lærerik prosess. Ikke minst har det vært utfordrende å skrive masteroppgave ved siden av full jobb. Intervjuprosessen var imidlertid svært givende og jeg vil rette en stor takk til alle mine informanter. Jeg er så takknemlig for at dere alle sa ja da jeg spurte om dere ville stille opp som informanter. Det synes jeg er fantastisk når jeg vet hvilken travel hverdag dere har. Jeg håper dere finner glede i å lese oppgaven min nå i ettertid.

Jeg vil også rette en stor takk til min veileder, professor Anatoli Bourmistrov ved Handelshøyskolen, Nord universitet. Takk for god veiledning og konstruktive tilbakemeldinger. Jeg har alltid gått fra veiledning med nytt pågangsmot.

Bodø, juni 2016.

Mariann Monsen

## Sammendrag

I samhandlingsreformen tegnes et dystert framtidsbilde dersom man ikke klarer å møte utfordringene i Norge med økende levealder og økende antall eldre, og dermed et økende press på offentlige velferdsgoder. I Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 presenterte regjeringen ulike organisatoriske, juridiske og økonomiske virkemidler som skal bidra til å sikre velferdsgodene også framover. Strategiene er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Undertittel på samhandlingsreformen er «*Rett behandling – på rett sted – til rett tid*». LEON-prinsippet er førende og innebærer at pasienten skal behandles på laveste effektive omsorgsnivå. Reformen medfører en oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til kommunal helse- og omsorgstjeneste. En betydelig andel av finansieringen av reformen har skjedd ved at ramme fra spesialisthelsetjenesten er overført til kommunene.

I denne masteroppgaven har jeg sett på virkemidler ut fra tre perspektiv; som samhandlingsinsentiv, som økonomiske insentiv og som styringsinsentiv. Med bakgrunn i dette har mitt forskningsspørsmål vært: *Hvordan fungerer virkemidlene i samhandlingsreformen i kommunal praksis?*

Jeg har i hovedsak brukt kvalitative intervju for datainnsamling, men har også analysert kvantitative data fra helseforetaket. Empirien i min oppgave er hentet fra 2 kommuner. Jeg har valgt et kommunalt perspektiv i oppgaven på grunn av oppgaveforskyvningen mellom helseforetak og kommunene.

Konklusjonen i min oppgave er at manglende likeverdighet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste medfører betydelige utfordringer i samhandlingen. Dette innebærer både medisinske risikoelementer for pasientene og økte kostnader for aktørene. De økonomiske virkemidlene fungerer i ulik grad. Reformen har medført nye oppgaver i kommunene og dette forsterker utfordringene med mangel på styringssystem og virksomhetsdata.

## **Abstract**

In The Coordination Reform a depressing picture is drawn if we fail to meet the challenges in Norway with increasing life expectancy and increasing numbers of elderly, and thereby an increasing pressure on public welfare benefits. In The National Healthcare plan for 2011-2015 the Government presented different organizational, legal and financial means to help ensure the welfare benefits also in years to come. The strategies are preventing actions, earlier treatment and better interaction. The tagline for The Coordination Reform is «*Proper treatment – at the right place - at the right time*». The «LEON-principle» is the leading principle and implies to treat the patient at the lowest effective level of care. The reform entails a transfer of tasks from the specialist health care services to the municipal health care services. The reform is funded by transferring considerable public funding from the specialist health care services to the municipal health care services.

In my masterthesis, I have looked at the instruments from three perspectives; the interaction incentive, the economic incentive and the management control incentive. My research question is: How does the means in The Coordination Reform work in a municipality?

I have used qualitative interviews for data the collection, and analyzed quantitative data. The empirical data in my thesis is from 2 municipalities. I have used a municipal perspective in my thesis because of the transfer of tasks from the specialist health care services to the municipal health care services.

The conclusion in my thesis is that the lack of equivalence between the specialist health care services and municipal health care services entails considerable challenges in the interactions. This involves both medical risk for the patients and increased costs for the operators. The financial instruments works in varying degrees. The reform have brought new tasks to the municipalities and this reinforces the challenges of lack of management control systems.

## Innhold

<b>1. Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1 <i>Utfordringer for velferdsstaten</i> .....	2
1.2 <i>Økonomiske virkemidler i samhandlingsreformen</i> .....	4
<b>2. Teoretisk rammeverk.....</b>	<b>5</b>
2.1 <i>Prinsipal/agent</i> .....	5
2.1.1 <i>Kontrakter</i> .....	7
2.2 <i>Økonomistyring i offentlig sektor</i> .....	8
2.2.1 <i>Økonomiske insentiver</i> .....	11
2.2.2 <i>Mål og resultat</i> .....	12
2.2.3 <i>Time-driven activity based costing</i> .....	13
2.3 <i>Styringsteorier i offentlig sektor</i> .....	13
2.3.1 <i>New Public Management</i> .....	14
2.3.2 <i>Samstyring og samhandling</i> .....	15
2.3.3 <i>Utfordringer ved økonomisk teori i offentlig sektor</i> .....	17
2.3.4 <i>Offentlig regnskap</i> .....	18
<b>3. Metode og forskningsdesign .....</b>	<b>19</b>
3.1 <i>Valg av metode</i> .....	22
3.2 <i>Datainnsamling</i> .....	24
3.3 <i>Avgrensing av utvalg</i> .....	27
3.4 <i>Validitet og reliabilitet</i> .....	28
3.5 <i>Analyse</i> .....	30
<b>4. Empiri.....</b>	<b>31</b>
4.1 <i>Bakgrunn for samhandlingsreformen</i> .....	32
4.1.1 <i>Hvorfor samhandlingsreformen?</i> .....	37
4.2 <i>Kort beskrivelse av kommunene</i> .....	38
4.3 <i>Implementering</i> .....	40
4.3.1 <i>Samarbeidsavtaler – mangel på likeverdighet?</i> .....	40
4.3.2 <i>Finansiering – Er reformen underfinansiert?</i> .....	50
4.4 <i>Økonomiske virkemidler i reformen</i> .....	54
4.4.1 <i>Kommunal medfinansiering; uten effekt?</i> .....	54
4.4.2 <i>Utskrivningsklare pasienter; risiko og merkostnader ved manglende epikriser..</i>	60
4.4.3 <i>Kommunal akuttmedisinsk døgnenhet (KAD-senger); lavt belegg</i> .....	68
4.5 <i>Andre utfordringer ved reformen</i> .....	72
4.5.1 <i>Virksomhetsdata; utfordringer ved manglende tilgang på data</i> .....	73
4.5.2 <i>Nye utfordringer; psykiatri og rus</i> .....	77

4.5.3 Kommunenenes oppsummering så langt.....	79
4.6 Oppsummering.....	81
5 Analyse .....	82
5.1 David vs Goliat – samhandlingsinsentiver utfordres av kompleksitet og manglende symmetri mellom partene .....	83
5.1.1 Prinsipal Agent .....	83
5.1.2 Kontrakter – manglende symmetri og likeverdighet .....	85
5.2 Økonomiske insentiver utfordres av etikk og moral.....	87
5.2.1 Kommunal medfinansiering - Jeg tror de så galskapen! .....	89
5.2.2 Kommunal betalingsplikt utskrivningsklare pasienter – ensidig virkemiddel? ...	90
5.2.3 Kommunal akuttmedisinsk døgnenhet (KAD-senger) – overkapasitet? .....	91
5.2.4 Nye pasientgrupper – er kommunene forberedt? .....	93
5.3 Styringsinsentiv – manglende virksomhetsdata og ledelsesfokus .....	93
5.3.1 Manglende virksomhetsdata .....	94
5.3.2 Økonomistyring – utfordringer i offentlig virksomhet .....	95
5.3.3 Manglende ledelsesfokus .....	97
6. Konklusjoner .....	98
Figurer, tabeller og diagram .....	102
Litteraturliste.....	103

## **1. Innledning**

Denne masteroppgaven skal handle om samhandlingsreformen som ble innført fra 01.01.2012. Målet med samhandlingsreformen er å gi pasienter:

### ***Rett behandling – på rett sted – til rett tid***

Norge har store utfordringer i årene framover med å opprettholde det offentlig finansierte velferdsnivået (Perspektivmeldingen 2013, St.meld. 12, 2012-2013). Lengre levetid og aldrende befolkning vil legge press på helse- og omsorgssektoren. Store reformer innenfor sektoren skal være med å bidra til å løse de framtidige oppgavene. Den såkalte «eldrebølgen» er et kjent begrep i Norge og jeg ønsker å se på hvordan økonomiske virkemidler brukes fra statens side for å sikre velferdsnivået og en bærekraftig økonomi.

Det har vært innført flere store reformer innenfor offentlig virksomhet i Norge de siste årene. Eksempler på dette innenfor helse- og omsorgssektoren er Fastlegereformen (2001), Helseforetaksreformen (2002), NAV-reformen (2005), Pensjonsreformen (2011) og Samhandlingsreformen (2012). Reformene følges opp og underbygges med endringer i forskrifter og lovverk.

Samhandlingsreformen konkretiseres gjennom Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011 – 2015 (St.meld. 16, 2010-2011). Reformen medfører en oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Pasientene skal behandles på laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet, NOU 2005:3, s13) og ulike organisatoriske, økonomiske og juridiske virkemiddel skal bidra til å oppnå målene i reformen. Jeg har valgt å skrive ut fra et kommunalt perspektiv da samhandlingsreformen innebærer en oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Samhandlingsreformen er omfattende og har et todelt perspektiv; et pasientperspektiv og et samfunnsøkonomisk perspektiv. Dette betyr at reformen har som mål å sikre en framtidig helse- og omsorgstjeneste som både svarer på pasientens behov for koordinerte tjenester, og på de store samfunnsøkonomiske utfordringene (St.meld. 47, 2008-2009). Begge disse perspektivene kommer jeg tilbake til senere i oppgaven. Reformen har nå virket noen år og jeg ønsker i denne oppgaven å se på om virkemidlene som ligger i samhandlingsreformen gir



de ønskede resultater. Dette ut fra et kommunalt perspektiv, med fokus på samhandlingsinsentiv, økonomiske insentiv og styringsinsentiv.

Jeg har valgt følgende forskningsspørsmål:

***Hvordan fungerer virkemidlene i samhandlingsreformen i kommunal praksis?***

Med tre underspørsmål:

- Hvordan fungerer samhandlingsinsentivene?
- Hvordan fungerer de økonomiske insentivene?
- Hvordan fungerer styringsinsentivene?

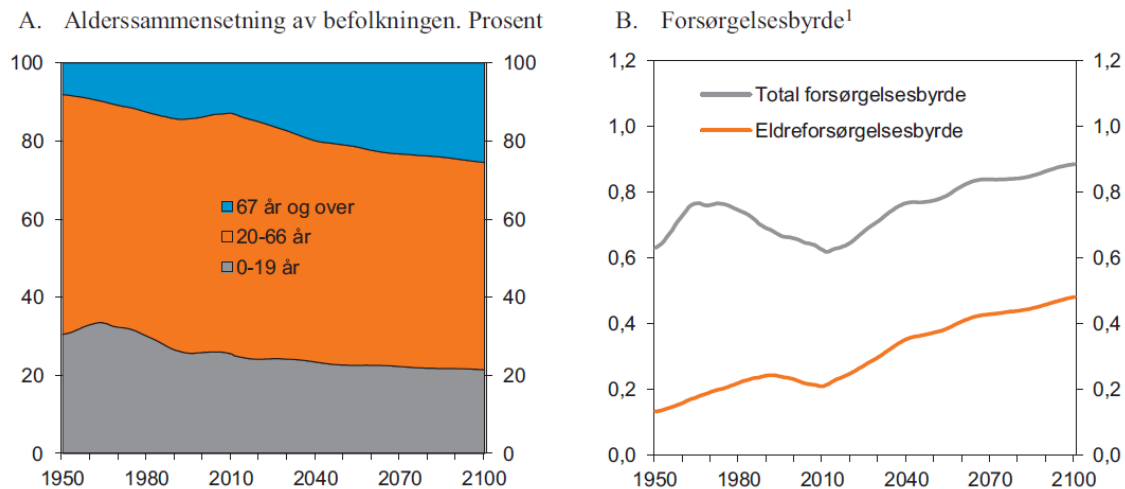
I min masteroppgave har jeg sett på to kommuner som begge sokner til samme helseforetak. Helseforetaket har tre lokalsykehus og 21 kommuner som sitt hovedansvarsområde. Begge kommunene i min oppgave hører til det største lokalsykehuset. Ifølge helseforetakets hjemmeside betjenes et geografisk område på ca 136.000 innbyggere. Mine to informantkommuner har hhv 50.000 og 9.600 innbyggere (<http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkemengde/aar-per-1-januar/2016-02-19?fane=tabell#content>).

I oppgaven brukes begrepene sykehus, lokalsykehus og helseforetak om hverandre. De gangene det refereres til helseforetak er det som et samlebegrep når spesialisthelsetjenesten består av flere sykehus/lokalsykehus. Helseforetaket er den juridisk ansvarlige enheten som har inngått avtaler med kommunene. I den daglige driften er det hvert lokalsykehus som følger opp avtaleverket overfor kommunene.

***1.1 Utfordringer for velferdsstaten***

I Perspektivmeldingen 2013 (St.meld. 12, 2012-2013), framlagt av Stoltenberg II-Regjeringen, defineres utfordringer og valgmuligheter for norsk økonomi framover. Perspektivmeldingen er en type langtidsplan som revideres hvert 4. år. Ambisjonen om å gi alle lik tilgang til grunnleggende velferdsordninger står sentralt i den norske velferdsmodellen (ibid, s 12). Statistisk sentralbyrå har i meldingen framskrevet ulike makrotall som er vesentlige for utviklingen av norsk økonomi framover.

## Alderssammensetningen av befolkningen



Figur A og B: Alderssammensetning av befolkningen og forsørgelsesbyrden - Statistisk sentralbyrå (Perspektivmeldingen 2013, s 47).

<sup>1</sup> Eldreforsørgelsesbyrden er antallet personer fra 67 år og oppover delt på antallet personer i alderen 20-66 år. Total forsørgelsesbyrde er alle personer 0-19 og fra 67 år og oppover delt på antallet personer i alderen 20-66 år.

Figur A viser at antall yrkesaktive (20-66 år) går ned i perioden 1950 til framskrevet nivå i 2100, mens utviklingen av eldre (67 år og oppover) øker jevnt i samme periode.

Eldreforsørgelsesbyrden (figur B) er definert som antall personer fra 67 år og over delt på antall personer i yrkesaktiv alder (20-66 år). I 1970 var forholdet 2/10, mens det i 2060 er beregnet til 4/10.

I perspektivmeldingen er det gjort anslag for hva som skal til for å kunne videreføre dagens velferdsordninger de neste 50 årene. For å finansiere de økte utgiftene knyttet til aldring må vi enten øke inntektene i offentlig sektor eller finne fram til innsparinger som ikke undergraver de viktigste velferdsordningene (ibid, s 13).

Offentlig sektor står sterkt i Norge og tilbyr et bredt spekter av tjenester til innbyggerne. Utgiftene over offentlige budsjetter utgjør i dag grovt regnet halvparten av verdiskapingen i den norske økonomien, dobbelt så mye som for femti år siden. For hundre år siden var nivået bare 10 pst. av brutto nasjonalprodukt. De siste hundre årene har forventet levealder ved fødsel steget med mer enn to år per tiår. Levealderen ventes fortsatt å øke fram til neste århundreskifte (ibid, s 12).

Disse utviklingstrekkene medfører betydelige utfordringer som må løses innenfor den norske velferdsstaten. Ulike tiltak iverksettes for å løse utfordringene. For eksempel er det i

forbindelse med pensjonsreformen i 2011 innført utvidet mulighet til å jobbe og motta lønn samtidig som det mottas pensjon. Øvre aldersgrense i arbeidsmiljøloven er økt til 72 år og Regjeringen vil drøfte med partene i arbeidslivet å øke den ytterligere til 75 år. Dette er tiltak for å motivere eldre til å stå lengre i arbeid. Samhandlingsreformen er et annet eksempel på en reform som skal bidra til å møte utfordringene i helse- og omsorgssektoren framover.

Helse- og omsorgssektoren i Norge er stor og bak de store reformene ligger omfattende offentlige utredninger som starter år før reformene innføres. Utredninger følges opp med planer hvor sittende regjeringer definerer tiltak for å nå de langsiktige målene. Økonomiske virkemidler er viktige insitament ved innføring av ulike offentlige reformer.

### ***1.2 Økonomiske virkemidler i samhandlingsreformen***

I nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 (St.meld. nr. 16, 2010-2011) defineres de økonomiske virkemidlene som skal støtte målene om ønsket arbeidsdeling, gode pasientforløp og løsninger på beste effektive omsorgsnivå (BEON). Et viktig grep i reformen har vært å etablere virkemidler som skal gjøre det økonomisk fornuftig for spesialisthelsetjenesten og kommunene å samarbeide (ibid, s 32-33). I denne oppgaven har jeg hatt fokus på følgende virkemidler:

***Kommunal medfinansiering*** – kommunene fikk et økonomisk medansvar for innbyggernes medisinske innleggelser og konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten. Slik fikk kommunene et insentiv til å interessere seg for sammenhengen mellom bruk av egne ressurser og innbyggernes forbruk av spesialisthelsetjenester. Ordningen med kommunal medfinansiering ble imidlertid avviklet fra 01.01.2015.

***Utskrivningsklare pasienter*** – kommunene fikk overført midler fra spesialisthelsetjenesten til å etablere tilbud til pasienter som er utskrivningsklare, eller til å betale for pasienter som spesialisthelsetjenesten har definert som utskrivningsklare. Før samhandlingsreformen hadde kommunene 10 dager fra pasienten var definert som utskrivningsklar til kommunen måtte betale for pasienten. Etter samhandlingsreformen inntretr betalingsansvaret når pasienten er definert utskrivningsklar fra sykehuset.

***Øyeblikkelig hjelp-døgntilbud i kommunene*** – lokalt kommunalt tilbud for å sikre observasjon, diagnostisering og behandling. En innfasing i periode 2012-2015, med plikt til

kommunene å etablere tilbud pr 01.01.2016. Dette tilbudet er i mange kommuner løst ved å etablere senger i en kommunal akuttmedisinsk døgnenhet, definert som KAD-senger.

I tillegg har *samarbeidsavtalene* mellom helseforetak og kommune vært et viktig tema i samtale med mine informanter. Samarbeidsavtalene er et viktig juridisk virkemiddel i samhandlingsreformen sammen med to nye lover; lov om folkehelsearbeid og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. I intervjuene har det også blitt avdekket utfordringer i kommunene knyttet til **styringssystem** og manglende tilgang til gode virksomhetsdata.

I samhandlingsreformen ligger også virkemidler som (ibid):

*Samarbeidsprosjekter* – krav om at de regionale helseforetakene sammen med kommuner, kartlegger muligheter for kostnadseffektive, lokale samarbeidsprosjekter til erstatning for dagens behandling i sykehus. *Investeringer* – dekning av kapitalkostnader for å etablere nye heldøgns omsorgsplasser, som skal gå til utskrivningsklare pasienter og etablering av øyeblikkelig hjelp-døgntilbud. *Behov for ytterligere styrking i kommunene* – en større del av veksten i helsebudsjettene framover skal komme i kommunene, blant annet for å ivareta behovet for økt forebygging og styrket folkehelsearbeid. Samarbeidsprosjekter, investeringer og behov for ytterligere styrking i kommunene omhandles ikke i denne oppgaven.

## **2. Teoretisk rammeverk**

I dette kapitlet vil den teoretiske referanserammen for min oppgave presenteres. Teorikapitlet er delt i tre hovedområder; prinsippal agent-teori, økonomistyring og styringsteorier i offentlig virksomhet.

### **2.1 Prinsipal/agent**

Innenfor prinsippal-agent-teori fokuseres det spesielt på styringsproblemer mellom en prinsippal og en agent (Busch et al, 2011, s 107). Jensen og Meckling (1979, referert i Busch et al, 2011, s 107) definerer en agentrelasjon slik: «a contract under which one or more persons (the principal(s)) engage another person (the agent) to perform some service on their behalf which involves delegating some decision-making authority to the agent». En prinsippal (til forskjell fra en agent) er en person eller en rolle som har makt til å forplikte andre (Røiseland og Vabo, 2012, s 26). Overført til offentlig sektor vil staten spille en prinsippalrolle og de underliggende

organer eller enheter er statens agenter i utføring av offentlig virksomhet (Fallan og Pettersen, 2010, s 101).

I relasjon til samhandlingsreformen kan forholdet mellom stat og helseforetak, og mellom stat og kommune defineres som prinsipal-agent-forhold. Hvor staten er prinsipal og hhv sykehus og kommune agent. I tillegg kan forholdet mellom sykehus og kommune defineres som et prinsipal-agent-forhold, særlig med tanke på utskrivningsklare pasienter. I offentlig sektor er det politikerne som setter målene, hvor politikerne er prinsipalen og administrasjonen eller det tjenesteytende nivået agenten.

Koordinering innenfor offentlig sektor har tradisjonelt skjedd ved at overordnede enheter gjennom formelt regelverk, instruks, beskrivelser i bevilgningsbrev og annet har definert oppgaver, ansvar og myndighet for underliggende enheter. Bestiller-utfører-modellen er et sentralt virkemiddel innenfor New Public Management-bestrebelsene i norske kommuner (Schiefløe og Værnes, 2010, s 397). Bestiller-utfører-modellen representerer i prinsippet en overgang fra hierarkisk styring til kontraktsstyring. I stedet for å styre ved hjelp av den autoritet som ligger i et hierarki, skal styringen ivaretas gjennom forhandlinger mellom en bestiller og en utfører (Busch et al, 2011, s 112). I implementeringen av samhandlingsreformen har det vært forhandlinger mellom kommunene og helseforetaket om et omfattende avtaleverk.

Bestillerrollen omfatter ivaretagelse av myndighetsoppgaver, klargjøring av krav til de aktuelle tjenestene, beslutninger og tilgang til tjenestene, samt tildeling og oppfølging av kontrakter. Utfører- eller leverandørrollen viser til ansvar for selve driften eller «produksjonen» av tjenestene. Bestiller-utfører modeller kan også benyttes selv om det ikke åpnes for private leverandører gjennom konkurranseutsetting. Begrunnelsen for dette organisasjonsprinsippet vil da gjerne være klargjøring av tjenesteinnhold og kvalitetskrav, samt oppfølging av målsetningene med tjenestene (Nesheim og Vathne, 2000, s 7). I prinsippet er siktemålet med organisatorisk styring å motivere agentene til en atferd som forener aktørenes egeninteresse med organisasjonens overordnede mål (Fallan og Pettersen, 2010, s 102).

Innenfor agentteori er det tatt en forutsetning om at individene vil utøve en nyttemaksimerende adferd. Prinsipalen har begrenset mulighet til å kontrollere agentens

aktivitet (Busch et al, 2011, s 107-108). Dette kan føre til opportunistisk adferd, f.eks at personlige mål maksimeres på bekostning av organisasjonens mål. Prinsipalens styringskostnader er knyttet til alle kontroll- og styringsrutiner som blir etablert for å unngå at agenten utøver en adferd som ikke tjener prinsipalens interesser.

Adferdsøkonomi modifierer standardantakelsene om motivasjon og om rasjonalitet. Kort oppsummert antar adferdsøkonomien begrenset rasjonalitet og utvidet motivasjon. (Cappelen og Tungodden, 2012, s 28). Ifølge Cappelen og Tungodden (2012, s 43) er moralsk motivasjon, ønsket om sosial status og en genuin interesse for den jobben man utfører, også viktige ikke-økonomiske motiver.

### **2.1.1 Kontrakter**

Greve (2000, referert i Schiefloe og Værnes, 2010, s 398) skiller mellom klassiske og relasjonelle kontrakter. Klassiske kontrakter sikter mot kvantifisering og detaljert regulering i forhold til kjente eventualiteter, mens relasjonelle kontrakter mer har en rammeform.

Ifølge Vincent-Jones og Harries (1998, referert i Schiefloe og Værnes, 2010, s 398) .... har erfaring vist en bevegelse mot mer relasjonelle kontrakter med større vekt på tillitsdimensjonen. Schiefloe og Værnes (2010, s 398) hevder at store deler av offentlig sektor ivaretar komplekse oppgaver der resultatmåling er vanskelig, noe som kan forklare hvorfor relasjonelle kontrakter er fremtredende her.

Fallan og Pettersen (2010, s 102) definerer tre måter å regulere virksomheter på gjennom kontrakter (etter Ouchi, 1977):

1. Adferdsstyring
2. Resultatstyring
3. Norm- eller profesjonsstyring

Ved adferdsstyring regulerer kontraktene arbeidsprosessene inn i virksomheten. Ved resultatstyring er det resultatene som evalueres. Ved norm- eller profesjonsstyring delegeres selve virksomhetsstyringen til aktørene gjennom å sette krav til kunnskap. Denne siste formen for styring er mest hensiktsmessig når kunnskapen om kobling mellom innsats og resultat er tvetydig, og når det er vanskelig å finne gode resultatkriterier (ibid).

		Kausalkunnskap	
		God	Dårlig
Mulighet til å måle resultat	God	Resultatstyring/Adferdsstyring	Resultatstyring
	Dårlig	Adferdsstyring	Normstyring/Profesjonsstyring

Figur: Ulike styringsformer (etter Ouchi, 1979). Kilde: Fallan og Pettersen (2010).

Kunnskap om koblingen mellom mål og middel og mulighetene for å måle resultat er bestemmende for hvilken styringsform som kan fungere effektivt. Har man gode resultatkriterier og god kunnskap om transformasjonsprosessene, kan kontraktene utformes på bakgrunn av resultat og/eller adferdsstyring. Dersom det er vanskelig å måle resultat, men man har god kunnskap om kobling mellom virkemiddel og mål, bør kontraktene ta utgangspunkt i adferdsstyring. Resultatstyring er hensiktsmessig når resultatkriteriene kan defineres i kontraktsbetingelsene. I kunnskapsorganisasjoner bør imidlertid kjernevirksomheten utføres ut fra faglige normer og profesjonelle kriterier fordi det skaper legitimitet når koblingen mellom innsats og resultat er tvetydig (Fallan og Pettersen, 2010, s 102).

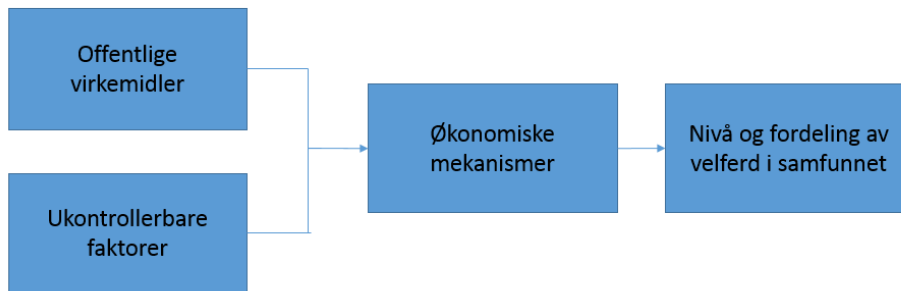
## 2.2 Økonomistyring i offentlig sektor

Den offentlige sektor muliggjør, eller antas å muliggjøre, bedre dekning av menneskelige behov ut fra de ressurser en har til disposisjon i samfunnet (Ringstad, 2003, s 22). Denne forutsetningen ligger til grunn for en stor offentlig sektor i Norge. Helse- og omsorgstjenester utgjør en betydelig andel av de offentlige tjenester i Norge. «Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for at befolkningen får gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av blant annet bosted og økonomi. Departementet styrer helse- og omsorgstjenesten gjennom et omfattende lovverk, årlige bevilgninger og ved hjelp av statlige etater, virksomheter og foretak» (<https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/id421/>). Helse- og omsorgsdepartementets samlede budsjettforslag for 2016 er på om lag 185 mrd kr (Statsbudsjettet for 2016). Herav under programområde 10 Helse og omsorg fordeles 140,8 mrd kr til spesialisthelsetjenester og 8,1 mrd kr til helse- og omsorgstjenester i kommunene.

To faktorer påvirker ifølge Ringstad (2003, s 26) nivå og fordeling av velferden i samfunnet:

- Den innsikt som foreligger om økonomiske mekanismer både når det gjelder virkemidlenes virkning, ukontrollerbare faktorer virkning og et eventuelt samspill mellom dem, samt vilje og evne til å bruke denne informasjonen.

- Hvilke krefter det er som styrer opplegg, omfang og innretning på den offentlige virkemiddelbruken.



Figur: Kobling mellom offentlige virkemidler og velferd (Ringstad, 2003, s 25).

Ifølge Pettersen et al (2008, s 16) har det samfunnsøkonomiske perspektivet to hovedutfordringer: Hvordan skal vi fordele de tilgjengelige ressursene mellom ulike typer tjenester, og hvordan skal vi sikre at ressursene utnyttes på best mulig måte?

Samhandlingsreformen legger til grunn at pasientene skal behandles på beste effektive omsorgsnivå (BEON). I Stortingsmeldingen (nr 47, 2008-2009) trekkes det fram at dagens systemer ikke svarer på pasientenes behov for koordinerte tjenester. Dårlige koordinerte tjenester betyr også dårlig og lite effektiv ressursbruk (ibid, s 13).

Økonomistyring sier noe om evnen ledelsen har til å styre virksomheten på en slik måte at ressursene utnyttes best mulig. På den ene siden må en skaffe seg informasjon om hvilke muligheter en har, hva behovene er, hva valgene koster, og hvilken nytte de gir. Vi må ha gode planleggings- og beslutningsprosesser, og ikke minst må vi ha en kultur som er åpen for og støtter oppunder forbedringsforslag (Opstad, 2013, s 239).

Opstad (2013, s 239) definerer styring ut fra følgende dimensjoner:

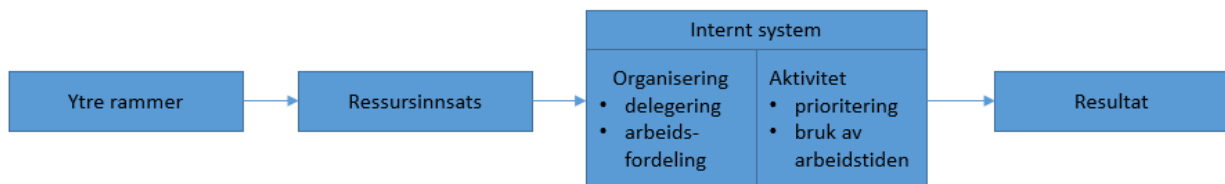
- Å være i stand til å prioritere (prioriteringsevne)
- Å være i stand til å påvirke aktiviteten eller å endre kurs (påvirkningsgrad)
- Å ha oversikt
- Å ha kontroll
- Å holde seg innenfor gitte rammer
- Å være i stand til å utnytte ressursene på en god måte



Når vi definerer økonomistyring som den aktiviteten i en organisasjon som tar sikte på å styre ressursbruken mot størst mulig oppnåelse av overordnede målsettinger, så betyr dette at den økonomiske styringsprosessen foregår på minst to plan: Det strategiske, overordnede nivået og det operative, dag-til-dag nivået (Pettersen et al, 2008, s 18).

Virksomhetens aktiviteter må prioriteres innenfor de knappe ressursene en har til rådighet (Opstad, 2013, s 239). Hvis virksomheten skal tilgodese flere mål, er det styringssystemets oppgave å

- identifisere og prioritere virksomhetens mål
- styre virksomhetens aktiviteter og ressurser mot de målene en har stilt opp



Figur: Økonomistyring (ibid, s 240).

Mange beslutninger som profesjonene tar i offentlig sektor, genererer kostnader, og det er viktig at de ansatte i slike situasjoner fokuserer på økonomi. Det forventes at de vurderer nytten opp mot kostnadene. Enhver krone som benyttes i offentlig sektor, har en alternativ anvendelse (ibid, s 28).

Opstad (2013, s 240-241) definerer følgende fem forutsetninger for at økonomistyring i offentlig virksomhet skal fungere:

1. Virksomheten må ha et system som fungerer. I dette ligger det at virksomheten har utviklet gode mål, og at det er rutiner og arbeidsoppgaver for å arbeide mot disse målene.
2. God organisasjonskultur. De holdningen som preger en virksomhet, er helt avgjørende for hvordan den fungerer.
3. Kunnskap om virksomheten. Fagpersonell i offentlig sektor har et eget handlingsrom. Mange oppgaver må gjøres på selvstendig grunnlag ut fra faglige vurderinger og skjønn.

4. Ledelsen. De holdningene lederen har, forplanter seg lett nedover i hierarkiet. Offentlig virksomhet blir ikke utsatt for markedets dom, og det er ikke lett å evaluere resultatet.
5. Helhetlig tenkning. Evne å se virksomheten i en større sammenheng.

Forskning omkring reformer i offentlig virksomhet viser at statlige virksomheter som følge av omfattende reforminitiativ fra skiftende regjeringer de siste 10–20 årene har fått mer autonome posisjoner (Christensen, Lie og Lægreid, 2008, referert i Fallan og Pettersen, 2010, s 24). Men samtidig har styrings- og kontrolltiltakene fra staten som prinsippal økt parallelt med delegering av fullmakter (Fallan og Pettersen, 2010, s 24).

### ***2.2.1 Økonomiske insentiver***

Wisløff-utvalget skrev i sin rapport i 2005 (NOU, 2005:3) at «helsetjenesten trenger økonomiske insentiver som stimulerer til høy aktivitet og effektiv tjenesteproduksjon...».

«Incentives are the essens of economics» ifølge Prendergast (1999, s 7). For å forstå forholdet mellom økonomiske insentiver og resultat trengs det innsikt i atferdsøkonomi. Innføringer av økonomiske insentivordninger kan føre til at den indre moralske motivasjonen blir fortrent og erstattet med en vurdering av personlige kostnader og nytte (Opstad, 2013, s 337).

Offentlige organisasjoner har flere målsettinger. Det er ressurskrevende å utarbeide gode insentivordninger. Organisasjonene er komplekse med mange oppgaver og uklare beslutningsprosedyrer. En mangler kunnskaper om kostnader, hvordan de ulike virkemidlene fungerer, og en har ikke gode måleinstrumenter. Det blir lett til at bare deler av virksomheten blir målt og registrert (ibid, s 383).

I samhandlingsreformen er det flere økonomiske virkemidler som innføres for å understøtte målene om bedre arbeidsfordeling, gode pasientforløp og kvalitativt gode og kostnadseffektive løsninger (Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015, s 7). Jeg ser i min oppgave særlig på tre økonomiske virkemidler; kommunal medfinansiering, betaling for utskrivningsklare pasienter og etablering av KAD-senger.

### **2.2.2 Mål og resultat**

Et mål er en beskrivelse av en ønsket framtidig tilstand (Etzioni, 1982, referert i Jacobsen og Thorsvik, 2013, s37). I mange tilfeller er dimensjonen (det som skal måles eller evalueres) av en slik art at det er vanskelig eller vært ressurskrevende å måle den direkte. Det er vanskelig å tallfeste de aspektene som vi er ute etter å måle. Eksempler på det kan være et godt arbeidsmiljø, livskvalitet og en trygg hverdag (Opstad, 2013, s 227).

En indikator er en representativ variabel for dimensjonen. Den skal gi uttrykk for det vi egentlig ønsker å måle. Å anvende en indikator er en måte å operasjonalisere dimensjonen på (ibid, s 227). Hvem som skal evaluere eller måle resultatet, er avhengig av formålet. Egenvurdering, kollegial vurdering, underordnet enhet, overordnet enhet eller brukerne er alternativer (ibid, s 224).

«Without clarity as to what goals should be achieved and how tradeoffs among them should be made, it is difficult, if not impossible, to judge how well the organization's control system or, indeed, how well the management team, is performing» (Merchant og van der Stede, 2012, s 742).

Without a small set of quantifiable performance indicators, the tasks of management and management control become more complicated (Merchant og van der Stede, 2012, s 743). «It becomes difficult to:

- measure organizational performance in light of the overall goals and, thus, to use results controls (including performance-based incentives) even at a broader organizational level;
- analyze the benefits of alternative investments or courses of action;
- decentralize the organization and hold entity managers accountable for specific areas of performance that relate exactly to the organization's overriding goal; and
- compare the performances of entities performing dissimilar activities» (ibid).

«What we can do is to create the conditions needed for good performance to take place. We can create an environment of trust and transparency, of motivating challenge and stretch, of care and support, where people perform because they want to, not because they are told to» (Bogsnes, 2009, s xiv).

For mange offentlige tilbud tar det lang tid før en kan observere resultatet av innsatsen. Det gjelder blant annet barnevern og forebyggende arbeid (Opstad, 2013, s 228). Det er et kommunalt ansvar i samhandlingsreformen å sørge for forebyggende tiltak for å oppnå målene om et helhetlig pasientforløp innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON).

### ***2.2.3 Time-driven activity based costing***

Activity-based costing (ABC) eller aktivitetsbasert kostnadskalkyle ble introdusert på 1980-tallet. ABC-kalkulasjon bidro til å fordele indirekte kostnader først på aktiviteter og så på produkter, ordrer eller kunder. ABC-metoden bidro til at bedriften fikk et bedre grunnlag for å beregne lønnsomhet og dermed ta økonomiske beslutninger, men ulempen er at den er svært kompleks og ressurskrevende. Datainnsamling var bl.a tidkrevende, medførte store kostnader og var i stor grad subjektive vurderinger (Kaplan og Anderson, 2007, s 4-7).

Time-driven activity based costing (TDABC) er introdusert som en kalkylemodell som er enklere og mindre ressurskrevende enn den tradisjonelle ABC-modellen. Veldig forenklet sagt defineres først ressurser som benyttes og kapasitet til disposisjon, eks hvor mange minutter arbeidstid er tilgjengelig ut fra bemanning på en serviceenhet. Aktiviteter som benytter tjenester fra denne serviceenheten kartlegges og kostnad pr aktivitet anslås som estimerer direkte på produkter, tjenester eller kunder. Det kan legges til grunn en teoretisk kapasitet (eks 80 %) som kan justeres etter hvert som man benytter modellen. Den teoretiske kapasiteten kan justeres dersom den virkelige kapasiteten viser seg å være høyere. Teoretisk kapasitet skal ta høyde for tid til pauser, opplæring, møter m.v. (ibid).

I helse- og omsorgstjenestene i en kommune vil personell være den viktigste innsatsfaktoren. I en sektor som opplever økt press på tjenestene, knyttet til økende antall eldre og økt levealder, vil kunnskap om kostnadsnivå på tjenestene være et kraftig verktøy i forhandlinger om budsjetttrammene.

## ***2.3 Styringsteorier i offentlig sektor***

Jeg vil nedenfor presentere ulike styringsteorier og utfordringer knyttet til styring i offentlig virksomhet.

### ***2.3.1 New Public Management***

Ifølge Opstad (2013, s 341) er det i offentlig sektor en iver etter reformering, eller modernisering som det kalles i offentlige plandokumenter. Opstad (2013) trekker fram følgende momenter som utfordringer for å få en mer effektiv offentlig sektor:

- Det er vanskelig å definere og å måle produksjonen
- Offentlige produsenter befinner seg i en monopoliknende situasjon og har ingen profittmål
- Utgifter og inntekter er atskilte (ingen kopling)
- Det er interne private mål i organisasjonen
- Det er mangel på oversikt og innsikt og stor grad av asymmetrisk informasjon

New Public Management (NPM) ble innført i Norge på 1980-tallet. En helt avgjørende idé innen NPM er at offentlig sektor ikke representerer noe grunnleggende annerledes enn privat sektor. Offentlige virksomheter har derfor mye til felles med private bedrifter, slik at organisering, styring og ledelse er allmenne prosesser, og modeller kan kopieres på tvers av skillet mellom offentlig og privat. Politikerne setter de overordnede målene, mens de ulike offentlige virksomhetene er ansvarlige for å nå disse målene innenfor gitte ressursrammer (Røiseland og Vabo, 2012, s 20).

Pollitt (2003, s 27) definerer bl.a. følgende kjennetegn på endringer ved innføring av NPM:

- A shift in the focus of management systems and efforts from inputs (for example staff, buildings) and processes (for example teaching, inspecting) towards outputs (test results, inspection reports) and outcomes...
- A shift towards more measurement and quantification, especially in the form of systems of «performance indicators» and/or explicit «standards».
- A widespread substitution of contracts (or contract-like relationships) for what were previously formal, hierarchical relationships.

«Reforms are external signals, which have to be received and interpreted by the organisations on individual levels» (Nyland et al, 2008, s 57). The reform concepts are filtered, interpreted and modified on their journey from political decisions to management implementations (Sahlin-Andersson, 2001; Rörvik, 2002, referert i Nyland et al, 2008, s 38).

Ifølge Christensen (2006, s 215) var NPM en reaksjon på at den «gamle offentlige sektor» hadde effektivitetsproblemer, legitimitetsproblemer og problemer med bred mobilisering av befolkningen. Dette skulle NPM bøte på gjennom økt fokus på effektivitet som overordnet mål. Effektivitetsgevinsten skulle realiseres gjennom en rekke tiltak: fristilling av etater, tilsyn og selskaper; klarere skille mellom ulike roller (eier, forvalter, regulator, etterspørter, tilbyder osv); økt vekt på resultat, marked og konkurranse, samt en sterkere brukerorientering.

«One main argument for increased vertical specialization is that efficiency and quality of services can increase substantially through vertical specialization. Increased efficiency can create more options for fulfilling political goals (Christensen et al, 2008, s 24).

### ***2.3.2 Samstyring og samhandling***

Politikere og offentlige institusjoner styrer. En vanlig oppfatning er at det å styre innebærer to ting, nemlig å fatte beslutninger og å gjennomføre dem i praksis. Styring handler dermed om å påvirke og endre samfunnet på en bevisst og planmessig måte (Røiseland og Vabo, 2012, s 10).

Røiseland og Vabo definerer styring som «det å treffe og iverksette kollektive beslutninger, dvs en planlagt og målrettet aktivitet. Alle involverte vil være avhengige av de øvrige aktørenes velvilje for at samarbeidet skal fortsette. Dermed vil det foregå klassiske organisasjonsprosesser blant aktørene som er involvert i samstyring, f.eks slik at målsettinger fastsettes, virkemidler velges, strategier utformes og aktiviteter koordineres (2008, s 92).

Røiseland og Vabo (2008, s 90) definerer samstyring som den ikke-hierarkiske prosessen hvorved offentlige og private aktører og ressurser koordineres og gis felles retning og mening. Ifølge B. Guy Peters (2010, referert i Røiseland og Vabo, 2012, s 56) handler styring av samstyring om å gi samarbeidet retning, men på en måte som opprettholder fordelene som er oppnådd gjennom desentralisering og delegering. NPM er ikke bare en tilnærming til administrasjon og ledelse, men også en tilnærming til teorier om styring mer generelt. Direkte politisk styring er ineffektivt – og at effektiviteten øker dersom den politiske styringen blir mer indirekte.

Røiseland og Vabo (2008, s 97) definerer tre kjennetegn ved samstyring:

- Gjensidig avhengighet

- Diskurs eller forhandlinger
- Planlagt og målorientert aktivitet

Denne formen for samhandling krever mer eller mindre formelle rammer, regler og rutiner (Røiseland og Vabo, 2012, s 27). De trekker fram samhandlingsreformen som et eksempel på samstyring som omfatter flere nivåer innenfor offentlig sektor (ibid, s 28).

Målene om brukermedvirkning og kunnskapsbasing utgjør to sentrale målsettinger og virkemidler i samstyringen av en velferdsstatlig tjenesteyting som tar sikte på å overvinne tjenesteytingens utfordringer (Fossestøl, 2009, s 39). En sammensatt styringsstrategi, med innslag av dialog og forhandlinger, kan også handle om en forsterket tro på muligheten for instrumentell og formålseffektiv handling, nettopp ved at yrkesutøverne styres og kontrolleres ovenifra, utenifra og innenifra på samme tid (ibid, s 55).

Ifølge Fossestøl (2009, s 55) gjør dette oss oppmerksom på tre grunnleggende forhold: For det første at samstyring kan ha sterke instrumentelle innslag, og at innholdet av dialog og forhandlinger følgelig kan være begrenset. For det andre at det kan være vanskelig på forhånd eller utenifra å avgjøre hvilken styringsform som faktisk praktiseres. Koordinert politisk styring, brukermedvirkning, kunnskapsbasing, samarbeidsavtaler og møteplasser, representerer ikke i seg selv garantier for en ny eller annerledes dialog med tjenesteyterne. For det tredje at det er vanskelig på forhånd å avgjøre hva som er den riktige balansen mellom styring og dialog.

Selv om samhandling mellom kommuner og sykehus/helseforetak alltid har funnet sted, er det nye at samhandlingen gis en juridisk og mer formalisert form (Hanssen et al, 2014, s 110).

«Det er .... de prosessene som utkrystalliserer seg gjennom utformingen av en samarbeidspraksis eller et organisasjonsoverskridende partnerskap, som i neste omgang åpner for kreativ problemløsning. Sjøl om ansvarsforholdet er avklart med hensyn til hvilke oppgaver og tjenester som tilligger kommunchelsetjenestene og spesialisthelsetjenestene, er det verken mulig eller ønskelig med en stram politisk/hierarkisk styring av samhandlingsrelasjonene.

Derimot argumenterer departementet for fleksibilitet, ikke minst fordi den kompetansemessige/faglige infrastrukturen varierer rundt omkring i kommunene» (Andersen et al, 2015, s 197).

Innovasjonsarbeidet i offentlig sektor kjennetegnes ved at det er en politisk prosess (Peled, 2001, referert i Andersen et al, 2015, s 44) og det involverer derfor flere grupperinger med ulike interesser som må engasjeres og samhandle (Freeman, 1984; Borins, 2000, referert i Andersen et al, 2015, s 44).

«Reformene har vært omfattende og varierte, og de samles gjerne under overskriften New Public Management (NPM), som kjennetegner en internasjonal reformtrend fra 1980-årene og framover. I Norge har de offentlige reformene stort sett vært konsentrert omkring budsjett- og styringsreformer og brukerorientering. Konkurransen og privatisering har i mindre grad blitt brukt for å effektivisere offentlig tjenesteproduksjon» (Fallan og Pettersen, 2010, s 100). Siktemålet med reformene har vært å effektivisere tjenesteproduksjonen gjennom innføring av ulike markedsorienterte styringsmekanismer (ibid, s 100).

### ***2.3.3 Utfordringer ved økonomisk teori i offentlig sektor***

Private virksomheter opererer i et marked med sterk konkurranse om kundene. Offentlige virksomheter produserer med få unntak produkter og tjenester som stilles til samfunnets rådighet uten noen spesifikk motytelse i form av direkte betaling (Busch et al, 2009, s 13). Opstad (2013, s 29-31) definerer seks utfordringer i å bruke økonomisk teori i offentlig sektor:

1. Hvordan ta beslutninger? Offentlig sektor er underlagt politisk kontroll og styring. Den politiske beslutningsprosessen har en annen agenda og logikk enn de som er rådende blant planleggerne.
2. Fleroppgaveproblemet (multitask). For privat virksomhet er det søkelys på lønnsomhet. Offentlig virksomhet har mange oppgaver og målsettinger å ivareta. Målsettingene er ofte så diffust utformet eller så generelle at de ikke gir en klar retningssnor om hva som skal velges.
3. Målings- eller verdsettingsproblemet. Fravær av et marked som verdsetter en tjeneste i et samspill mellom tilbud og etterspørsel.
4. Informasjonsproblemet. Planleggerne vet ikke hvilken informasjon som trengs og å samle inn informasjon er ressurskrevende. Manglende kunnskap om sammenhenger mellom innsats og resultater.
5. Utarbeidelse av insentivordninger. Med insentivordninger menes belønnings- og premieringsordninger.
6. Sikre at offentlig sektor utnytter ressursene bra.



Erkjennelsen av at markedet ikke løser alle problemer, og at politisk styring over hvordan godene fordeles i samfunnet, danner grunnlaget for oppbyggingen av velferdsstaten (Opstad, 2013, s 112). For tjenester som skjer i offentlig regi, må det tilstrebes størst mulig nytte per krone. Vi må finne den mest effektive måten å framstille et velferdsprodukt på, slik at kostnadene for en gitt produksjonsmengde er lavest mulig og nytten størst mulig (ibid, s 122).

Den optimale mengden av velferdsgoder er der samfunnets grensenytte er like samfunnets grensekostnader. Utfordringen i praksis er å kunne identifisere disse kurvene (ibid, s 123). Både Wisløff-utvalget (NOU 2005:3) og St.meld. nr. 47 viser til samhandling for å finne en optimal ressursbruk for pasientbehandling.

«Offentlig tjenesteyting med ansvar for tjenester til mennesker, spesielt de i sårbare livssituasjoner, innebærer at profesjonelle verdier og en etisk bevissthet står sentralt» (Andersen et al, 2015, s 297).

Fossestøl (2009, s 39) hevder at utfordringene den velferdsstatlige tjenesteytingen står overfor er profesjonsmakt, paternalisme, mangelfull eller utilstrekkelig målmiddelteknologi og manglende samordning. I tillegg kompliseres løsningen av dem, hvert fall fra et styringsmessig ståsted, av den selvstendighet og skjønnsutøvelse tjenesteyterne har og må ha.

#### ***2.3.4 Offentlig regnskap***

Det finnes ulike syn på hva målsettingene for regnskapet og styringssystemene er. Det normative synet på styring legger til grunn at regnskapet og styringssystemenes funksjon er knyttet til beslutning og kontroll i organisasjonene. Aktørene forventes å oppføre seg på en rutinemessig, effektiv, pålitelig og forutsigbar måte. Dette innebærer at regnskapet i prinsippet skal gi informasjon om ressursbruk som grunnlag for kontroll av at organisasjonen styrer mot sine overordnede mål. Det deskriptive synet legger til grunn at regnskapet i en virksomhet kan ha andre funksjoner enn å redusere usikkerheten knyttet til beslutning og kontroll (Mellemvik et al, 2000, s 13).

Det normative synet forfekter at korrekte regnskaps- og styringsdata vil kunne gjøre det mulig å allokere ressursene effektivt (Mellemvik m.fl.- 1988, referert i Mellemvik et al, 2000, s 14). Jeg tar utgangspunkt i det normative synet i min oppgave.

Ifølge Anthony (1965, referert i Mellemvik et al, 2000, s 15) er økonomistyring prosessene som knytter sammen strategisk planlegging og operasjonell kontroll. Strategisk planlegging innebærer å sette langsiktige mål for organisasjonen, mens operasjonell kontroll skal sikre at de presserende oppgavene blir ivaretatt.

Overordnet mål i offentlig sektor er å gi best mulige tjenester til sine innbyggere. I privat sektor vil markedet reflektere verdien av varer og tjenester. I offentlig sektor har ikke inntektene den samme funksjonen som i privat sektor fordi brukerne i liten grad finansierer virksomheten. Offentlig sektor finansieres i hovedsak av skatteinntekter. Måling av det økonomiske overskuddet knyttet til produksjonen i den offentlige virksomheten blir derfor ikke spesielt interessant. Målet med regnskapet blir dermed å få en riktig måling av kostnadene. For en privat bedrift vil bunnlinjen vise hvordan markedet verdsetter de tjenester eller produkter virksomheten tilbyr. For en offentlig virksomhet vil en positiv bunnlinje enten bety at de ressurser som er stilt til disposisjon ikke er benyttet og/eller at organisasjonen har fått mer inntekter enn det som var forutsatt. Et overskudd kan enten bety at den forutsatte tjenesteproduksjonen ikke er gjennomført som planlagt eller at den forutsatte tjenesteproduksjonen er gjennomført med mindre ressursinnsats enn planlagt (Mellemvik et al, 2000, s 19).

Mens produksjonen i det offentlige er preget av profesjonelle aktører, er styringen politisk. Siden brukerne ikke er profesjonelle, men består av innbyggerne i samfunnet, vil heller ikke styret som representerer brukerne være profesjonelle. Kommunestyrerepresentantene skal ikke ha spesialkompetanse innenfor undervisning, helsevesen eller det tekniske området (Mellemvik et al, 2000, s 23).

Offentlige organisasjoner står dermed overfor andre utfordringer enn private bedrifter, både når det gjelder styringssystem og regnskap, og når det gjelder det politiske nivået som fastsetter målene for virksomheten.

### **3. Metode og forskningsdesign**

I denne oppgaven har jeg sett på implementering, virkemidler og erfarte effekter av samhandlingsreformen i to kommuner. I dette kapitlet beskriver jeg metodevalg, datainnsamling, metodiske utfordringer og refleksjoner rundt validitet og reliabilitet.

Johannessen et al (2010, s 32-34) definerer forskningsprosessen i fire faser:

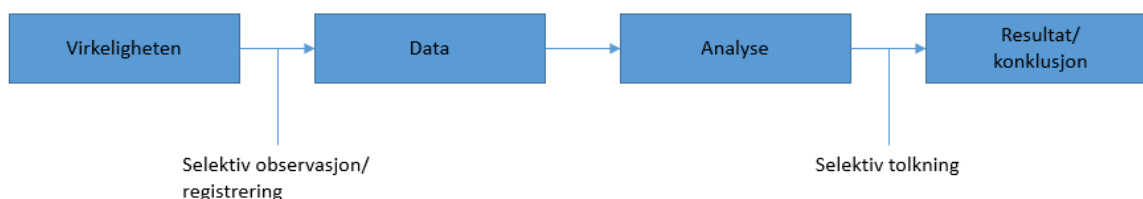
1. forberedelse
2. datainnsamling
3. dataanalyse
4. rapportering

Forberedelse innebærer å sette seg inn i relevant litteratur og å definere forskningsspørsmålene. Forskeren må samle inn de data som er mest relevante og pålitelige ut fra problemstillingene. Data som er samlet inn, må analyseres og tolkes.

Forberedelse →	Datainnsamling →	Dataanalyse →	Rapportering →
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Idé/tema</li> <li>- Problemstilling</li> <li>- Litteratur-gjennomgang</li> <li>- Formål</li> <li>- Forskningsdesign</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valg av metode</li> <li>- Utvelging av informanter/respondenter</li> <li>- Datainnsamling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Datareduksjon</li> <li>- Analyse og tolkning</li> <li>- Kvalitetssikring</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Skriftlig rapportering</li> <li>- Presentasjon/formidling</li> </ul>

Tabell: Sammendrag av forskningsprosessen (Johannessen et al, 2010, s 34).

Samhandlingsreformen som tema for min masteroppgave har jeg hatt i tankene en god stund, men jeg har brukt endel tid på å avgrense oppgaven. I den forberedende fasen av denne oppgaven brukte jeg tid på litteratursøk for å finne relevant teori. Imidlertid avdekket datainnsamlingen interessante funn som gjorde det nødvendig å utvidet teorigrunnlaget før analysen. Forarbeid, metode og analyse i min oppgave baserer seg på tidligere forskning, som ifølge Johannessen et al (2010, s 39) definerer som en kumulativ prosess. «Når det skal gjennomføres undersøkelser, er det en forutsetning at forskere, og studenter, orienterer seg i aktuell forskning. Det skjer altså en seleksjon av hva som blir observert, og hvordan dataene blir registrert».



Figur: Seleksjon i forskningsprosessen (Johannessen et al, s 39 basert på Cato Wadel, 1991).

I arbeidet med oppgaven har også utredninger og rapporter om offentlige velferdsordninger og samhandlingsreformen vært viktige informasjonskilder for å kunne danne meg et bilde av

intensjonene med reformen. Denne kunnskapen har også vært viktig som grunnlag for datainnsamlingen. I tillegg har rapporter fra nyere forskning om ulike sider ved samhandlingsreformen vært med på å bygge opp under konklusjonen i min studie. Dette kommenteres nærmere i empirikapitlet (kap 4). Min tilnærming til datainnsamling og analyse i denne oppgaven kommenteres senere i dette kapitlet.

Min oppgave er basert på en empirisk studie. Sigmund Grønmo (2004, s 14) definerer at empiriske studier legger hovedvekten på spørsmål om fakta (empiriske spørsmål) og tar sikte på å undersøke eller avklare hva som er de faktiske forholdene i samfunnet. Dette i motsetning til normative studier (Grønmo, 2004, s 14) som tar utgangspunkt i verdier og drøfter spørsmål om hvordan ulike forhold i samfunnet bør være (normative spørsmål).

Innenfor samfunnsvitenskapelig forskning har man tradisjonelt trukket et hovedskille mellom en hermeneutisk og en positivistisk posisjon. Det positivistiske forskningsidealet legger til grunn at alle typer fenomener, også samfunnsfenomener, kan og skal undersøkes med den samme vitenskapelige metoden, nemlig den naturvitenskapelige. Forskingen skal konsentrere seg om det som er positivt gitt, det vil si de fenomener og egenskaper som kan måles og registreres. Den hermeneutiske tradisjonen legger vekt på en fortolkende tilnærming til menneske og samfunn (Johannessen et al, 2010, s 361-362).

Disse to tradisjonene er ytterpunkter hvor kvantitative metoder var knyttet til hermeneutisk tradisjon og kvalitative metoder var knyttet til positivistisk tradisjon. Ifølge Johannessen et al (2010, s 362) må «Metode betraktes som et redskap til å skaffe seg innsikt, og man må være åpen og velge den eller de metodene som er best egnet til å besvare problemstillingene».

Jeg har valgt å gjennomføre en studie basert på den hermeneutiske tradisjonen. Kvalitative metoder egner seg best til å oppfylle et slikt forskningsideal. For å få innblikk i meningen bak menneskelig handling må forskeren delta i samfunnet, snakke med mennesker og tolke det som skjer (ibid, s 362). Gjennom datainnsamlingen har jeg fortolket innspill fra informantene og dette har gitt grunnlag for nye spørsmålsstillinger for å avdekke ulike sider ved forskningsspørsmålet.

### **3.1 Valg av metode**

Ifølge Grønmo (2004, s 27) er vitenskapelige metoder et sett av retningslinjer som skal sikre at vitenskapelig virksomhet er faglig forsvarlig. Generelt sett er en metode en planmessig framgangsmåte for å nå et bestemt mål.

I samfunnsvitenskapelig metodelitteratur skilles det mellom kvalitative og kvantitative metoder. Svært forenklet kan vi si at kvalitative metoder forholder seg til data i form av tekster, lys og bilde og legger vekt på fortolkning av dataene, mens kvantitative metoder forholder seg til data i form av kategoriserte fenomener og legger vekt på opptelling og utbredelse av fenomenene (Johannessen et al, 2010, s 99).

Jeg har valgt kvalitative intervju som min hovedkilde for datainnsamling. Intervjuene var delt i tre tema; implementering av, virkemidler i og effektene av samhandlingsreformen. Jeg har intervjuet informanter fra ulike nivå i de kommunale organisasjonene; rådmann, kommunaldirektør og enhetsleder/avdelingsleder/virksomhetsleder. I tillegg har jeg intervjuet to ledere for tildelingskontor, en rådgiver i en helse- og avdeling og en analysesjef.

Det er, ifølge Johannessen et al (2010, s 106) ikke vanlig, og som regel lite aktuelt, å rekruttere informantene tilfeldig ved kvalitative undersøkelser. Hensikten med kvalitative undersøkelser er snarere å få mest mulig kunnskap om fenomenet (fyldige beskrivelser) og ikke å forta statistiske generaliseringer. Rekruttering av informanter i kvalitative undersøkelser har et klart mål.

De fleste av informantene i min studie har sykepleiefaglig bakgrunn med ulike tilleggsutdanninger. Unntaket er rådmennene og en kommunalsjefen og en analysesjef. Ulik bakgrunn gir ulik tilnærming til og fokus på virkemidlene i samhandlingsreformen.

Etter at intervjurunden med kommunene var gjennomført oppsummerte jeg problemstillinger fra disse informantene relatert til samhandlingen med sykehuset. Jeg gjennomførte deretter intervju med leder for samhandlingsenheten i sykehuset om noen av disse funnene. Dette for å få belyst enkelte problemstillinger også fra sykehusets side. Hovedfokus i min oppgave er imidlertid å se samhandlingsreformen fra et kommunalt perspektiv.

Metodetriangulering (Grønmo, 2004, s 55) går ut på å belyse samme problemstilling ved hjelp av forskjellige data og metoder. Å kombinere datainnsamling av kvantitative og kvalitative data er eksempel på metodetriangulering. Den vanligste formen er å foreta visse kvalitative studier som forberedelser til kvantitative undersøkelser (ibid, s 215).

I min oppgave har jeg kombinert kvantitative og kvalitative data. I forkant av datainnsamlingen hadde jeg en sterk forventning til hva de kvantitative dataene kunne vise av effekter av reformen. Jeg var i dialog med sykehuset og mottatt kvalitative data fra dem for perioden 2011 – 2015. En del av målet med samhandlingsreformen er at kommunene skulle bidra til å redusere liggetid eller antall innleggelser i sykehus (kommunalt medansvar). Jeg ønsket derfor å se om data fra sykehuset kan påvise en slik effekt.

Det hadde vært ønskelig med data fra flere år før reformen ble innført for å se utvikling over tid, men det er lite trolig at effektene av reformen kommer fra dag 1. Det er derfor interessant å se på utvikling over tid etter innføringen. En svakhet i datagrunnlaget er at det ikke justert for vekst i befolkningen i perioden. Jeg mottok kvantitative data for heldøgnsopphold, liggetid heldøgnsopphold, nulldagsliggere og gjennomsnittlig opphold nulldagsliggere for perioden 2011 - 2015. For døgnopphold og liggetid døgnopphold er det vanskelig å finne klare trender i tallgrunnlaget som kan forklares med effekter av kommunalt medansvar. Mine funn stemmer med funn fra andre undersøkelser. Det vises til ytterligere drøftinger under pkt 4.4.1.

Det er imidlertid en betydelig nedgang i antall nulldagsliggere og gjennomsnittlig opphold nulldagsliggere mellom 2013 og 2014. Ett nulldagsopphold defineres bl.a som en innleggelse med 0 liggedager, dvs at pasienten bare er innskrevet i sykehuset i timer og ikke døgn (Definisjonsvedlegg SAMDATA 2014). Nedgangen er drøftet med leder for samhandlingsenheten i sykehuset. Hans forklaring er imidlertid knyttet til at sykehuset etablerte en Obs-post i denne perioden. På denne posten ligger pasienter til observasjon, pasienter som tidligere ble skrevet rett inn i sykehuset. Nå vurderes pasientene grundigere før det eventuelt blir innskriving. Om det er riktig å skrive pasienten inn eller om sykehuset ikke er riktig behandlingsnivå og pasienten må sendes ut igjen. Endringen i nulldagsliggere synes å være knyttet til etablering av nytt tilbud i sykehuset og ikke til kommunale tiltak for å redusere sykehusinnleggelser.

Min konklusjoner var dermed at det kvantitative datagrunnlaget fra sykehuset ikke gir noen klare konklusjoner for de to kommunene jeg har sett på, knyttet til effekter av samhandlingsreformen. En utfordring er selvfølgelig at mange effekter virker samtidig. Samtidig som effekter av samhandlingsreformen forventes å slå inn, kan effekt av økt antall eldre og inntak av flere pasienter i sykehuset motvirke dette. En annen erfaring er at fortolkning av de kvantitative dataene forutsatte nær dialog med sykehuset for å korrigere for endringer i sykehusets tilbud (dvs etablering av obs-post) i perioden.

Gjennom intervju med mine informanter er det avdekket at tilgang på styrings- og virksomhetsdata er en utfordring i kommunene. Dette kommer jeg tilbake til senere i oppgaven.

### **3.2 Datainnsamling**

Jeg har intervjuet til sammen 11 personer i to kommunene, 6 personer i den ene kommunen og 5 personer i den andre kommunen. I tillegg har jeg intervjuet en person fra helseforetaket. Informantene i kommunene jobber på ulike nivå i organisasjonen. Alle har vært delaktig i implementeringen av samhandlingsreformen, om enn ikke i den funksjonen de innehar i dag. Jeg har også intervjuet en analysesjef i en kommune mht styrings-/virksomhetsdata. Det siste intervjuet ble gjennomført med leder for samhandlingsenheten i sykehuset. Jeg ønsket å få synspunkter og innspill fra sykehusets ståsted på kommentarer og utfordringer som informantene i kommunene hadde trukket fram. Dette for å nyansere bildet knyttet til utfordringer rundt reformen.

Kvale og Brinkmann (2009, referert i Johannessen et al, s 135) karakteriserer det kvalitative forskningsintervjuet som en samtale med en struktur og et formål. Uformell intervjuing (Grønmo, 2004, s 159) gjennomføres av forskeren selv, i form av samtaler med respondentene. Før intervjuingen velger forskeren ut en del tema som skal inngå i alle samtalene, men gjennomføringen av intervjuingen skjer på en fleksibel måte. Nye spørsmål utformes til dels ut fra forskerens tolkning av svarende på tidligere spørsmål. Johannessen et al (2010, s 139) definerer intervjuer basert på intervjuguide som semistrukturerte eller delvis strukturerte intervju.

En viktig del av forberedelsene til datainnsamlingen er å utforme en intervjuguide. Intervjuguiden beskriver i grove trekk hvordan intervjuet skal gjennomføres, med hovedvekt

på hvilke tema som skal tas opp med respondenten. Ved uformell intervjuing kan ikke informasjonsbehovet endelig avklares før datainnsamlingen starter. På grunnlag av substansiell innsikt og nye metodologiske erfaringer under datainnsamlingen kan forskeren hele tiden revurdere og eventuelt revidere behovet for informasjon (Grønmo, 2004, s 161). En intervjuguide er ikke et spørreskjema, men en liste over temaer og generelle spørsmål som skal gjennomgå i løpet av intervjuet (Johannessen et al, 2010, s 139).

Ifølge Easterby-Smith et al (2008, s 147) er det seks viktige forhold å være bevisst på i forbindelse med intervju: «obtaining trust, being aware of social interaction, using the appropriate language, getting access, choosing the location for the interviews, and recording interviews». I gjennomføring av intervjuingen er det ifølge Grønmo (2004, s 163) viktig for forskeren:

- å etablere en god kommunikasjonssituasjon
- å styre intervjuet med utgangspunkt i intervjuguiden
- å vurdere temaenes rekkefølge og formulere spørsmål ut fra intervjuets utvikling

Typiske problemer under datainnsamlingen er ifølge Grønmo (2004, s 164):

- Dårlig kommunikasjon mellom forskeren og respondenten
- Forskeren kan påvirke svarene
- Respondenten kan gi feilaktig informasjon

Alle mine intervjuer, unntatt to, ble foretatt på informantenes kontor. Et av de to øvrige på mitt kontor og et pr telefon. Jeg er positivt overrasket over hvor velvillig informantene stilte opp. I en travel jobbhverdag hadde jeg forventet at det kunne bli vanskelig å rekruttere informanter. Samhandlingsreformen berører mange av informantene mine på daglig basis og de har stor uttrykt interesse for å lese oppgaven når den ble ferdig. Jeg tror interessen for temaet i min oppgave har bidratt til gode intervjusituasjoner. Informantene har vært reelt interessert i temaet og har ønsket å formidle erfaringene, på godt og vondt, så langt i reformen.

Alle informantene har tatt imot meg på en svært hyggelig og åpen måte. Dette har bidratt til en god dialog og god flyt i intervjusituasjonen. Jeg håper min tidligere jobberfaring fra kommunal helse- og omsorgssektor og fra sykehus har bidratt til en god dialog fordi jeg har en viss kjennskap til organisering og utfordringer i begge sektorene. Jeg har opplevd å få gode



forklaringer og svar når jeg har hatt behov for å få utdypet eller forklart bakgrunn for ulike problemstillinger.

Intervjuene ble i hovedsak avtalt pr telefon, men jeg sendte også epost til de fleste av informantene med litt utfyllende informasjon om oppgaven og med tema for intervjuene. To personer fikk ikke slik epost. Dette var analysesjefen og begrunnelsen for dette er at tema for intervjuet med ham ikke var direkte knyttet til samhandlingsreformen og virkemidlene der, men til virksomhetsdata og fokus på dette på generelt grunnlag i kommunen. Jeg fikk tips fra flere informanter i kommune 1 om at jeg burde snakke med analysesjefen. Deretter oppsøkte jeg ham på hans kontor og avtalte intervju.

Jeg sendte heller ikke epost til leder for samhandlingsenheten i sykehuset. Intervjuet ble avtalt pr epost, men jeg har ved flere anledninger i innledningen av arbeidet med oppgaven vært i kontakt med ham pr telefon. Han har bidratt med kunnskap og innspill som har vært veldig nyttig i prosessen. Han har vært lett å spørre og har vært på tilbudssiden mht til å ta kontakt igjen dersom jeg hadde flere spørsmål eller behov for avklaringer. Intervjuet med leder for samhandlingsenheten i sykehuset ble gjennomført etter intervjuene i kommunene. Jeg brukte delvis tilbakemeldingene fra kommunale informanter som utsagn som jeg ba om hans kommentarer til.

De fleste informantene ønsket å gjennomføre intervjuet ansikt til ansikt. Disse intervjuene er tatt opp på min mobil. Jeg brukt de tre hovedtemaene (implementering, virkemidler og erfarte effekter) som en overordnet struktur på intervjuene. Etter hvert intervju vurderte jeg utsagn og tilbakemeldinger og ba påfølgende informanter om å uttale seg om tilsvarende tema. Jeg har prøvd å være bevisst på ikke å legge føringer i spørsmålsstillingene, men stille åpne spørsmål slik at informantene kunne svare med egne ord. Jeg har derfor valgt å bruke en god del direkte sitat i empirikapitlet.

Intervjuene ble transkribert fortløpende. Alle mine informanter, utenom en som ikke ønsket det, har fått utskrift til gjennomlesing. Alle utenom en gav tilbakemelding på teksten. Kun en hadde en avklarende kommentar. Jeg sendte en påminnelse til de som ikke svarte på den første henvendelsen. Til slutt var det bare en informant som ikke hadde gitt tilbakemelding på teksten, selv etter påminnelse. Etter tips fra min veileder har jeg ikke sendt fullt transkribert intervju, men utdrag av intervjuene med hver enkelt som jeg har benyttet i oppgaven.

Unntaket er leder for samhandlingsenheten i sykehuset. Fordi intervjuet foregikk pr telefon og det viste seg at opptak ikke var mulig pga ulike telefonsystem, valgte jeg å oversende hele det transkriberte intervjuet til godkjenning. Jeg fikk skriftlig tilbakemelding om at han hadde godkjent den transkriberte teksten.

### **3.3 Avgrensing av utvalg**

Metodologiske vurderinger er avgjørende for hvor stort utvalget må eller bør være, mens ressursmessige betraktninger er avgjørende for hvor stort utvalget kan eller skal være (Grønmo, 2004, s 91).

Jeg har valgt å se på to kommuner som hører til samme lokalsykehus. Den største kommunen (kommune 1) er en bykommune og desidert størst av de kommunene som hører til helseforetaket. Den andre kommunen (kommune 2) har en del lavere innbyggertall. 3-4 andre kommuner tilhørende helseforetaket har omtrent samme innbyggertall som kommune 2. Øvrige av de 21 kommunene til helseforetaket er betydelig mindre i innbyggertall. Den største kommunen er vertskommune for sykehuset. Antall informanter og antall kommuner som er med i min studie er påvirket av faktorer som tid, geografisk avstand og kostnad. Min vurdering har vært ut fra at utvalget må være overkommelig, men samtidig tilstrekkelig til å kunne gjøre interessante funn, ut fra problemstillingen i oppgaven.

I følge Grønmo (2004, s 88) bygger ikke et strategisk utvalg på tilfældighetsprinsippet, men derimot på systematiske vurderinger av hvilke enheter som ut fra teoretiske og analytiske formål er mest relevante og mest interessante. «Strategisk utvelgelse vil si at forskeren først tenker igjennom hvilken målgruppe som må delta for at han skal få samlet nødvendige data, mens det neste steget er å velge ut personer fra målgruppen som skal delta i undersøkelsen» (Johannessen et al, 2010, s 106).

I min studie har jeg tatt utgangspunkt i to kommuner som er et relativt lite antall. Jeg har derfor valgt å øke antall informanter i hver kommune, fra opprinnelig 3 til 5 og 6 informanter. Jeg får dermed fram flere perspektiv, fra ulike nivå i organisasjonene. At kommunene er ganske forskjellige i størrelse kan gi ulike svar, men kan også avdekke utfordringer som ikke er avhengig av innbyggertallet til kommunen. At funn og tilbakemeldinger fra informanter i kommunene er drøftet med leder for samhandlingsenheten kan bidra til å nyansere funnene ytterligere.

Jeg har ikke intervjuet fastleger eller legevaktsleger i kommunene. Hovedårsaken til dette er at disse ikke er kommunalt ansatte, men har driftsavtaler med kommunene. I St.meld. nr. 47 (2008-2009, s 55) er det definert som en utfordring at deler av den kommunale helsetjenesten blir levert av aktører utenfor den kommunale organisasjonen (eks fastleger og avtalefysioterapeuter). Det ville vært interessant å intervju leger i forbindelse med flere aspekter ved samhandlingsreformen, men siden de ikke er direkte ansvarlig i forhold til kommunal ressursbruk og prioritering, har jeg valgt andre informanter til min studie.

### **3.4 Validitet og reliabilitet**

Hensikten med et datamateriale er at det skal brukes til å belyse bestemte problemstillinger. Datamaterialets kvalitet er høyere jo mer velegnet materialet er til å belyse disse problemstillingene (Grønmo, 2004, s 217). Ifølge Grønmo er datakvaliteten god dersom datamaterialet bygger på vitenskapelige prinsipper for sannhetsforpliktelse og logisk drøfting, og dersom så vel utvelgingen av enheter og informasjonstyper som innsamlingen av data er gjennomført på en systematisk og forsvarlig måte, i tråd med forutsetningene og framgangsmåtene i de samfunnsvitenskapelige undersøkelsesoppleggene som brukes. Jo bedre disse forutsetningene er oppfylt, desto høyere kvalitet har datamaterialet (ibid, s 218).

Jeg har valgt å intervju personer ansatt på ulike nivå i de to aktuelle kommunene. Dette for å få fram ulike perspektiv og fordi en stor reform som samhandlingsreformen vil berøre ansatte på ulikt vis avhengig av hvor i organisasjonen en jobber. To kommuner er ikke et stort grunnlag, og funn i disse kommunene kan dermed ikke generaliseres til andre kommuner. Funn i min oppgave understøttes av funn i andre forskningsrapporter eller offentlige tilsyn.

Reliabilitet refererer seg til datamaterialets pålitelighet. Reliabiliteten er høy hvis undersøkelsesopplegget og datainnsamlingen gir pålitelige data (Grønmo, 2004, s 220). Reliabiliteten viser i hvilken grad variasjoner i datamaterialet skyldes spesielle trekk ved undersøkelsesopplegget eller datainnsamlingen. Høy reliabilitet innebærer at datamaterialet i liten grad varierer på grunn av metodologiske forhold, og at variasjonene i data hovedsakelig reflekterer reelle forskjeller mellom analyseenheter. Dette er ifølge Grønmo (ibid) viktig med tanke på tilliten til data og tolkningen av analyseresultatene.

Forskeren kan styrke påliteligheten (i kvalitative undersøkelser) ved å gi leseren en inngående beskrivelse av konteksten – gjerne i form av en casebeskrivelse – og en åpen og detaljert framstilling av framgangsmåten for hele forskningsprosessen (Johannessen et al, 2010, s 230).

De fleste informantene i min studie har fått et kort skriftlig informasjon pr mail om tema og metode i min oppgave i forkant av intervju. De informantene som har ønsket det har fått utskrift av deres bidrag til min oppgave. Leder for samhandlingsenheten i sykehuset har fått hele intervjuet i skriftlig form oversendt pr mail fordi intervjuet ble foretatt pr telefon uten opptak. Jeg ønsket derfor å få bekreftet min transkribering av intervjuet. Jeg har bedt om godkjenning fra øvrige informanter pr mail.

Validitet dreier seg om datamaterialets gyldighet for de problemstillingene som skal belyses. Validiteten er høy hvis undersøkelsesopplegget og datainnsamlingen resulterer i data som er relevante for problemstillingene. Validiteten viser i hvilken grad undersøkelsesopplegget egner seg til å samle inn data som er relevante for problemstillingene i en bestemt studie (Grønmo, 2004, s 221).

Validitet i kvalitative undersøkelser dreier seg om i hvilken grad forskerens framgangsmåter og funn på en riktig måte reflekterer formålet med studien og representerer virkeligheten (Johannessen et al, 2010, s 230).

Samhandlingsreformen har berørt kommuner og sykehus i stor grad. Både mht endring i pasientbehandling og pasientgrunnlag, men også mht endring i finansieringsgrunnlag. Samhandlingsreformen har vært tema i ulike rapporter og utredninger siden implementeringen. Jeg har vurdert funn i min studie mot bl.a. rapport fra Helsetilsynet (1/2016), Senter for omsorgsforskning (Rapportserie nr 10/2015) og Working paper fra Universitetet i Oslo (2016: 3). Dette kommenteres nærmere i kapittel 4, men flere rapporter eller studier viser samme funn som jeg har funnet i min studie.

Ifølge Grønmo (2004, s 221) kan ikke et datamateriale være gyldig eller relevant for problemstillingene (høy validitet) dersom materialet ikke er pålitelig (høy reliabilitet). Et datamateriale kan være pålitelig selv om det ikke er relevant for problemstillingene.

Johannessen et al (2010, s 367) definerer metodetriangulering som kombinerings av kvalitative og kvantitative metoder. I samfunnsvitenskapen betyr det å se et fenomen fra flere perspektiver, det vil si ved hjelp av forskjellige metoder, for å samle inn og analysere data. Grønmo (1996, referert til i Johannessen et al, 2010, s 367) peker på flere fordeler ved metodetriangulering.

Man kan teste om ulike tilnærminger fører til noenlunde samme konklusjoner; i så fall styrkes tilliten til resultatene. At resultater fra ulike metoder eventuelt avviker fra hverandre, trenger ikke å være noe problem. Det kan stimulere til nye fortolkninger, en mer nyansert beskrivelse og en mer helhetlig forklaring av de aktuelle problemstillingene (Johannessen et al, 2010, s 367).

I gjennomføring av intervjuene har det vært en lett og god tone. Jeg har fulgt strukturen med tre gjennomgående hovedtema i de fleste intervju. Etter hvert som intervjuene var gjennomført har jeg bedt nye informanter om kommentarer til utsagn eller erfaringer fra tidligere informanter. Intervjuene har derfor ikke vært like, men utviklet seg i en prosess. Jeg har prøvd å være bevisst på ikke å legge føringer i spørsmålsstillingene, men latt informantene snakke rundt hovedtemaene og heller prøvd å stille åpne spørsmål ved behov for avklaringer eller utdypinger. Om spørsmålene har vært kritiske nok kan sikkert diskuteres. Dette kan være en utfordring i en intervjusituasjon hvor god kommunikasjon og tillit er viktig for å få nyanserte og ærlige beskrivelser. Jeg har imidlertid fått uttalelser og informasjon som jeg oppfatter som svært ærlig og «rett fra levra». Jeg har også valgt å intervju leder for samhandlingsenheten i sykehuset for å kunne bidra til nyansering av utfordringene, selv om samhandlingsreformen fra et kommunalt perspektiv er mitt hovedfokus i denne oppgaven. Jeg har også analysert data fra Helseforetaket for å vurdere om tiltak i samhandlingsreformen kan medførte færre innleggelser eller kortere innleggelser for mine to kommuner. Dette kommenteres nærmere i kapittel 4.

### **3.5 Analyse**

I kapittel 4 har jeg samlet de empiriske funn fra min studie. Jeg har valgt å organisere funnene etter samme hovedinndeling som jeg brukte i intervjuene; implementering av, virkemidler i og de erfarte effektene av samhandlingsreformen. I empirikapitlet har jeg ved enkelte anledninger brukt [ ] i direkte sitat fra informantene mine. Dette har jeg gjort for å ta bort navnet på kommunen eller sykehuset som er bruk i sitat for å anonymisere, eller jeg har brukt

det når jeg har sett behov for å tydeliggjøre ei setning. F.eks når en informant har sagt «Den er skrevet ut fra et sykehusperspektiv», har jeg klargjort med å skriv «[Reformen] er skrevet ut fra et sykehusperspektiv». Meningsinnholdet i setningene er ikke endret.

All fortolkning består i stadige bevegelser mellom helhet og del, mellom det man skal tolke, og den konteksten det tolkes i, mellom det man skal tolke, og vår egen forforståelse. Hvordan delene skal fortolkes, avhenger av hvordan helheten fortolkes, og hvordan helheten fortolkes, avhenger av hvordan konteksten fortolkes, og omvendt (Johannessen et al, 2010, s 364).

Denne pendlingen mellom ulike fortolkningsgrunnlag og forståelsesmåter utgjør en slags sirkelbevegelse og omtales gjerne som den hermeneutiske sirkel (Grønmo, 2004, s 374).

At kvantitative data telles, betyr ikke at fortolkning ikke har noen plass, heller tvert om. Resultatene fra kvantitative dataanalyser må tolkes. Å komme fram til plausible fortolkninger er en stor utfordring uavhengig av type data og måten disse analyseres på (ibid, s 366).

Fortolkning er et vesentlig trekk ved kvalitativ analyse. Dette innebærer å se de ulike delene i materialet i lys av andre deler og ikke minst i lys av den helheten som kommer til uttrykk i datamaterialet. Å fortolke innebærer å sette ting i en sammenheng som gjør at man forstår hvilken betydning som kan tillegges det som undersøkes (Johannessen et al, 2010, s 366).

Ifølge Johannessen et al (2010, s 165) har dataanalysen to hensikter:

1. Å organisere data etter tema: Forskeren reduserer, systematiserer og ordner datamaterialet.
2. Å analysere og tolke: Forskeren utvikler fortolkninger av og perspektiver på den informasjonen som ligger i datamaterialet.

I kapittel 5 har jeg analysert mine funn opp mot relevant teori. Jeg har valgt å dele analysekapitlet i tre deler med overskriftene samhandlingsinsentiv, økonomiske insentiv og styringsinsentiv.

#### **4. Empiri**

I dette kapitlet vil jeg først presentere bakgrunnen for samhandlingsreformen og deretter de empiriske funn. Samhandlingsreformen innebærer en oppgaveforskyving fra

spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Jeg har i denne oppgaven valgt å fokusere på reformens utfordringer og erfarte effekter fra et kommunalt ståsted. Jeg vil kort beskrive de to kommunene jeg har sett på og hvordan disse kommunene har implementert og følger opp reformen, hvor de mener utfordringene ligger og om de mener virkemidlene bidrar til å nå målene i reformen.

#### ***4.1 Bakgrunn for samhandlingsreformen***

I kapittel 1 har jeg kort beskrevet noen av utfordringene Norge står overfor i framtiden for å opprettholde velferdsordningene. Bakgrunnen er bl.a en voksende og aldrende befolkning og økende forsørgelsesbyrde for den yrkesaktive befolkningen. Ulike offentlige utredninger og rapporter danner grunnlag for innføring av reformer som skal bidra til løsninger innenfor ulike samfunnsområder. Samhandlingsreformen er eksempel på en reform som skal bidra til løsninger på velferdsstatens utfordringer.

Et utvalg som dannet grunnlag for samhandlingsreformen var Wisløff-utvalget som ble oppnevnt ved kongelig resolusjon i oktober 2003. «Utvalgets hovedformål var å vurdere samhandlingen mellom den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og vurdere endringer i rammebetingelsene for å bedre samhandlingen» (NOU 2005:3). Utvalget fortolket mandatet til å finne en optimal ressursbruk hvor pasienten behandles på det laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet, s 13). I tillegg til økonomiske, juridiske og organisatoriske endringer, var også samlet ressursbruk en viktig faktor i utvalgets vurderinger.

Utvalget la fram sin rapport 1. februar 2005 (NOU 2005:3) – *Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste*. Utvalget mente at «helsetjenesten trenger økonomiske insentiver som stimulerer til høy aktivitet og effektiv tjenesteproduksjon, men er bekymret for at høye refusjonssatser vil øke samhandlingsutfordringene» (ibid, s 20). Bekymringen om refusjonssatsene er knyttet til at samhandling ofte ikke utløser refusjoner.

Utvalget foreslo tiltak innenfor tre hovedområder; Styrking av pasientperspektivet, målrettede tiltak for bedre samhandling og økonomiske insentiver (ibid, s 131). Med styrking av pasientperspektivet mente utvalget det var nødvendig med bedre informasjon, medvirkning og innflytelse, samt at det ble økt fokus på helhet og behandlingsforløp for pasientene. Aktørene i helsetjenestene plikter med andre ord å se pasientens behov for tjenester også utover den enheten eller fagprofesjon hver enkelt helsearbeider jobber innenfor. Det er presisert at

ansvaret for koordinering og samhandling mellom tjenestene må ligge til helsetjenestene og kan ikke veltes over på den enkelte pasient.

For å bedre samhandlingen foreslo Wisløff-utvalget en styrking av lederansvaret, økte funksjons- og kvalitetskrav til tjenesteyterne, formaliserte samarbeidsavtaler og møteplasser mellom nivåene, samt større fleksibilitet i organisering av samarbeidsløsninger. Utvalget presiserer bl.a at samhandling må bli gjenstand for ledelsesoppmerksomhet gjennom virkesomhetsrapportering, styring og kontroll (ibid, s 107). Likeverdighet og formaliserte avtaler kommer jeg tilbake til senere i kapitlet, men avtaleverket mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er blitt en omfattende og viktig juridisk virkemiddel i samhandlingsreformen. «Utvalgets vurdering er derfor at avtalen som inngås mellom kommuner og foretak er viktigst for å få til bedre samhandling. Men for at effekten skal bli god må avtalene understøttes av økonomiske insentiv» (ibid, s 21).

Som økonomiske insentiver foreslo utvalget øremerket tilskudd for å understøtte samhandlingstiltak og justering av takster og finansieringsordninger. Wisløff-utvalget anbefalte at det burde utredes en større omlegging av finansieringsordningene for kommunale helsetjenester, men utvalget erkjente at det er vanskelig å lage nasjonale finansieringsordninger som direkte understøtter samhandling (ibid, s 21). En vesentlig del av finansieringen av virkemidlene er hentet fra spesialisthelsetjenesten. De ulike økonomiske virkemidlene i reformen presenteres senere i kapitlet.

Samhandlingsreformen ble fremmet gjennom St.meld. nr. 47 (2008-2009), *Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Reformen bygger på at bedre samhandling «bør være et av helse- og omsorgssektorens viktigste utviklingsområder framover» (ibid, s 13). Tre av hovedutfordringene i samhandlingsproblemene i helse- og omsorgssektoren i dag er ifølge Regjeringen (ibid, s 21):

- pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok
- tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom
- demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

I Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 (St.meld. nr. 16, 2010-2011) presenterte regjeringen den politiske kursen for helse- og omsorgstjenestene og folkehelsearbeidet de



neste fire årene, dvs hvordan målene i samhandlingsreformen skal oppnås. Regjeringen definerer samhandlingsreformen som en retningsreform. Målet er et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet, kort ventetid og med størst mulig nærhet til, og tilpasset den enkelte bruker (ibid, s 15). Regjeringen har gjennom reformen vist retningen for framtidens helsetjenester, som grunnlag for en langsiktig omstilling for å sikre bærekraft og god kvalitet på helse- og omsorgstjenestene.

Regjeringens strategier for å nå målet i denne omstillingen var (ibid, s 28):

- Satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid, samt habilitering og rehabilitering, som skal gi økt livskvalitet for den enkelte og redusert press på helsetjenesten.
- Økt brukerinnflytelse som skal bidra til bedre kvalitet på tjenestene og økt opplevelse av mestring hos den enkelte.
- Forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp skal gi mer helhetlig og koordinerte tjenester til brukere og pasienter.
- En større del av helsetjenestene skal ytes i kommunene, forutsatt at kvaliteten er like god eller bedre og at det er kostnadseffektivt. Dette skal gi dempet vekst i bruk av spesialisthelsetjenester.

St.meld. nr. 47 (2008-2009) bygger på at bedre samhandling bør være et av helse- og omsorgssektorens viktigste utviklingsområder framover. Samhandling er her definert som «... uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte» (ibid, s 13).

«Det er vurderingen at svakheter ved finansieringssystemet og insitamenteffektene ved dette er en vesentlig årsak til at en over så mange år har slitt med å finne fram til strategier og tiltak som kan bedre samhandlingen». «Finansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten bidrar til å sementere og forsterke fokuset på diagnose og behandling framfor forebygging og mestring, og legger i for liten grad til rette for å stimulere til alternative løsninger både innad og mellom forvaltningsnivåene». «Det er vurderingen at svakheter ved finansieringssystemet og insitamenteffektene ved dette er en vesentlig årsak til at en over så mange år har slitt med å finne fram til strategier og tiltak som kan bedre samhandlingen» (ibid, s 30).

Ved innføring av samhandlingsreformen i 2012 ble oppgaver og finansiering overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Dette innebærer:

- Innføring av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester
- Overføring av det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter ved sykehusene til kommunene
- Etablering av døgnplasser for øyeblikkelig hjelp i kommunene

Regjeringen definerte i St.meld. nr. 47 (2008-2009, s 32) endel forutsetninger som måtte være tilstede for at kommunal medfinansiering skulle virke etter hensikten:

- kommunene må kunne påvirke omfanget av innleggelser og behandling
- kommunene/de samarbeidende enheter må ha tilstrekkelig størrelse til å kunne håndtere risiko
- forventet gevinst som følge av medfinansieringen alene må veie opp for risikoen knyttet til en så stor omlegging, herunder risiko for kommunene, økt kompleksitet i systemet, hensynet til overordnet styring av en stor og tung sektor, faren for spill mellom aktørene mv.
- kommunene må ha tilstrekkelig verktøy i form av både ressurser, kompetanse, kommunal styring over fastlegene og relevante øvrige oppgaver

Stortinget har valgt å ta bort kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten fra 01.01.2015. Det må anses som en konklusjon om at dette økonomiske virkemidlet ikke virket i hht intensjonen da det ble innført. Dette virkemidlet omtales nærmere under pkt 4.4.1.

I forbindelse med samhandlingsreformen fikk kommunene ansvaret for og ressurser knyttet til utskrivningsklare pasienter. Dette medførte en betalingsplikt for kommunene for pasienter som sykehusene har definert som utskrivningsklare. Kommunene hadde valget mellom å bygge opp kommunale tilbud for å ta imot pasienten eller betale for at pasienten ble liggende lengre på sykehuset. Det skulle ligge et økonomisk insentiv for kommunene å etablere plasser i egen regi med lavere kostnader enn sykehusopphold, med muligheter til å bruke de besparte midlene til andre helsetiltak (ibid, s 32). Før samhandlingsreformen hadde kommunene 10 dager på å etablere et kommunalt tilbud fra sykehuset definerte en pasient som utskrivningsklar til betalingsplikt inntraff. Etter reformen inntreffer betalingsplikten fra og med det døgnet pasienten er definert utskrivningsklar.

Samhandlingsreformen er en reform hvor et av målene er at helsetjenestene til befolkningen skal behandles på laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet). Dette fordi det er en erkjennelse at dette vil være rimeligst for samfunnet ettersom prisen for et døgn i spesialisthelsetjenesten naturlig nok er høyere enn ett døgn i kommunehelsetjenesten. I hht KOSTRA (KOMMuneSTATRAPportering, SSB) er utgifter pr beboerdøgn i kommunal helse- og omsorgsinstitusjon i 2014 i gjennomsnitt kr 3.087.

Ifølge SAMDATA (Helsedirektoratet) er driftsutgift for en liggedag i somatisk spesialisthelsetjeneste (DRG-virksomhet) i 2014 kr 15.670. Diagnoserelaterte grupper (DRG) er et pasientklassifiseringssystem hvor sykehusopphold eller polikliniske konsultasjoner i somatiske institusjoner klassifiseres i grupper som er medisinsk meningsfulle og ressursmessig tilnærmet homogene (<https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/innsatsstyrt-finansiering-isf-og-drg-systemet/drg-systemet>). Forskjellen i døgnpris mellom kommunal institusjon og somatisk sykehus er knyttet til at sykehusene bl.a har døgnkontinuerlige vaktordninger for ulike spesialister, laboratorietjenester og røntgen, og akuttmedisinske tjenester. Utskrivningsklare pasienter omtales nærmere under pkt 4.4.2. |

Kommunene har fra 2012 kunnet etablere døgnplasser for øyeblikkelig hjelp. Staten har etablert tilskuddordninger til kommunene for etablering av slike døgnplasser. Fra 01.01.2016 har kommunene en plikt til å tilby øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Hvilke pasienter dette omhandler er beskrevet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-5, tredje ledd: *«Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle og yte omsorg til.»*

I veiledningsmateriell fra Helsedirektoratet (Rev. 2/2014, s 6) står det følgende avklaring: *«Tilbudet som etableres skal være bedre eller like godt som et alternativt tilbud i spesialisthelsetjenesten. Det nye tilbudet skal bidra til å redusere antall øyeblikkelig hjelp innleggelser i spesialisthelsetjenesten. Dette betyr at oppgaver overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene og kommunene skal ivareta pasienter som tidligere ville blitt lagt inn akutt i sykehus.»*

Dette virkemidlet i samhandlingsreformen er en plikt kommunene har etter 01.01.2016 og skal bidra til å gi pasientene tjenester nærmere der de bor. Dersom kommunen kan gi en

pasient like godt eller bedre tilbud enn i sykehus, skal pasienten skrives inn i en kommunal akuttmedisinsk døgnenhet (KAD). Dette for å redusere trykket på spesialisthelsetjenestene og yte tjenester på laveste effektive omsorgsnivå (LEON). Virkemidlet omtales nærmere under pkt 4.4.3.

I presentasjon av samhandlingsreformen ble det lagt opp til et forpliktende avtalesystem mellom kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak (St.meld. nr. 47, 2008-2009, s 26-27), og det ble foreslått et lovregulert avtalesystem. «Forpliktende samhandlingsavtaler er et sentralt verktøy i gjennomføring og oppfølging av samhandlingsreformen for de lokale aktørene. Den overordnede hensikten med avtalene er å bidra til at pasienter og brukere opplever at tjenestene er samordnet og av god kvalitet, og at det alltid er klart hvem som skal yte de aktuelle tjenestene» (Veiledningsmateriell fra Helsedirektoratet, Rev. 2/2014, s 10). Dette kommer jeg tilbake til under pkt 4.3.1.

#### ***4.1.1 Hvorfor samhandlingsreformen?***

Samhandlingsreformen skal gi svar på tre hovedutfordringer den norske velferdsstaten har for å sikre innbyggerne gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester også i framtiden. Disse utfordringene er manglende koordinering av tjenester, for liten innsats for å forebygge sykdom, samt demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet som kan true samfunnets økonomiske bæreevne (St.meld. nr. 47, 2008-2009, s 21).

Kommunene pålegges å sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON) (ibid, s 15).

Samhandlingsreformen medfører en omfattende oppgave- og ansvarsforskyving mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Helsedirektoratet har oppsummert samhandlingsreformen slik (<https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen>):

- Målet med samhandlingsreformen er bedre folkehelse og bedre helse- og omsorgstjenester på en bærekraftig måte.
- Strategiene er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp nærmest mulig der de bor.

- Man skal få rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste som er tilpasset den enkelte bruker.
- Det er særlig viktig med god samhandling når ansvaret for pasienten flyttes mellom sykehus og kommuner, og mellom avdelinger og enheter innen sykehus og kommuner. Gode samarbeidsavtaler og samlokalisering i lokalmedisinske sentra kan bidra til det.
- Folk må få hjelp til å legge om levevaner som kan føre til sykdom og plager. Dette kan være frisklivstilbud som kan hjelpe med å endre kosthold, komme i gang med fysisk aktivitet eller stumpe røyken.

Noen av de økonomiske og juridiske virkemidlene som skal bidra til å oppnå målene i reformen, omtales mer utfyllende senere i dette kapitlet.

#### **4.2 Kort beskrivelse av kommunene**

I denne oppgaven har jeg tatt utgangspunkt i to kommuner som sokner til samme helseforetak. I 2002 ble helseforetaksreformen innført i Norge. De fleste sykehus i Norge var fylkeskommunalt eid før helseforetaksreformen, men etter reformen ble spesialisthelsetjenestene organisert som statlige foretak med egne styrever. I Norge er det 4 regionale helseforetak og 20 helseforetak (<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/oversikt-over-landets-helseforetak/id485362/>). Et helseforetak kan ha flere lokalsykehus. Helseforetaket i min studie har 3 lokalsykehus.

Pr 01.01.2016 har Norge 428 kommuner, med innbyggertall fra 200 til 658.000 (<https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkemengde/kvartal/2016-05-12?fane=tabell&sort=nummer&tabell=265361>). Samhandlingsreformen omfatter derfor en mengde aktører med ulike størrelser, geografi og utfordringer (eks økonomi, rekruttering). Nedenfor følger en kort beskrivelse av de to kommunene i min studie.

Begge kommunene jeg har sett på har et tildelingskontor som tildeler helse- og omsorgstjenester til innbyggerne. Det er tildelingskontoret som mottar informasjon fra sykehuset om utskrivningsklare pasienter og vurderer hvilke tilbud disse pasientene har behov for av kommunale tjenester etter sykehusoppholdet. Dette kan være tjenester som hjemmesykepleie, praktisk hjelp i hjemmet, brukerstyrt personlig assistanse, sykehjemsplass, avlastnings-/korttids- og rehabiliteringsopphold i institusjon, dagtilbud, støttekontakt,

trygghetsalarm m.v. Kommune 1 etablerte et tildelingskontor allerede i 2003. I kommune 2 ble tildelingskontoret etablert litt i forkant av at reformen ble innført, med vedtaket var gjort uavhengig av reformen ifølge leder av tildelingskontoret. Naturlig nok vil det også være dialog og samhandling mellom sykehuset og andre kommunale enheter som hjemmesykepleie eller sykehjem.

**Beskrivelse kommune 1:** Kommune 1 er en bykommune med 50.000 innbyggere og er vertskommune for et sykehus. Befolkningstallet er i vekst. Avstand fra ytterkant av kommunen til sykehuset er ca 1 time. I følge kommunens årsmelding for 2015 var driftsbudsjettet på i overkant av 3,3 mrd kr og året ble avsluttet med et positivt driftsresultat på 60 mill kr. Helse- og omsorgsavdeling utgjør 32,5 % av kommunens totale netto driftsutgifter. Avdelingen har over flere år gått med underskudd, men for 2015 er det et mindre overskudd. I følge rådmannen har det meste av de frie inntektene fra rammetilskudd de siste årene vært brukt til å styrke helse- og omsorgssektoren.

Ifølge informantene hadde kommunen tilstrekkelig spisskompetanse og var dermed godt rustet til å møte reformen. Flere av informantene trekker fram at kommunen var heldige i den forstand at en del nye investeringer i bygningsmasse allerede var vedtatt og under etablering da reformen kom. Det gjorde at kommunen hadde mulighet til å områ seg i en oppstartsfase av reformen. Kommunen hadde også i 2011 etablert et prosjekt om hverdagsrehabilitering.

Kommunen har pr i dag ikke en helhetlig helse- og omsorgsplan, men skal i løpet av 2016 utarbeide en slik plan. Kommune har startet implementeringen av et styringssystem for hele kommunen, inklusive et system for aktivitetsbasert finansiering (ABF) innenfor omsorgssektoren.

**Beskrivelse kommune 2:** Kommune 2 er også en relativt stor kommune, med 9.600 innbyggere. Kommunen har tre mindre tettsteder utenom kommunesentrum. Avstand til nærmeste sykehus er ca 45 min fra kommunesentrum og ca 1,5 timer fra tettsted lengst unna sykehuset. Samlet driftsbudsjett ifølge kommunens årsmelding for 2015 var på ca 496 mill kr. Helse- og omsorgsavdelingens budsjett var på ca 190 mill kr eller ca 38 % av samlet budsjett. Kommunens regnskap gikk samlet sett i balanse for 2015, men Helse- og omsorgsavdelingen hadde et merforbruk på 16 mill kr.

Kommune 2 har i motsetning til kommune 1 hatt en betydelig utfordring mht rekruttering av fagfolk. Kommunen har hatt en formidabel vekst de siste par årene i antall vedtakstiltak i hjemmetjenesten. Det forelå et vedtak om styrking av hjemmetjenestene i kommunen, men dette vedtaket ble satt til side av nytt kommunestyre etter valget. Flere av informantene beskriver kommunen som institusjonstung, dvs at kommunen har mange institusjonsplasser i forhold til innbyggertall. Nå ønsker kommunestyret å reetablere og omdefinere en institusjon i kommunen i strid med faglige råd. Begrunnelsen fra politikerne er bl.a. ønsket å gjøre noe med dobbeltrom-problematikk, dvs utvide antall enkeltrom for å unngå at beboere må dele rom på institusjon. Det politiske nivået har dermed en annen prioritering av tiltak for kommunens helse- og omsorgstjenester enn det administrative nivået. Rådmann og kommunalsjef for helse og omsorg har relativt kort fartstid i kommunen, men begge har jobbet tett med samhandlingsreformen i andre kommuner tidligere. Kommunen har en omsorgsplan vedtatt i 2010 som er under revidering i 2016.

### ***4.3 Implementering***

#### ***4.3.1 Samarbeidsavtaler – mangel på likeverdighet?***

I implementeringen av samhandlingsreformen var inngåelse av samarbeidsavtaler mellom helseforetak og den enkelte kommune et viktig virkemiddel. Et viktig mål med avtalene var å bidra til å klargjøre ansvars- og oppgavefordelingen på administrativt og tjenesteytende nivå ved utforming og iverksetting av samhandlingstiltak (Nasjonal veileder, Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Plikt til å inngå samarbeidsavtale framgår av § 6-1 i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, mens krav til innhold framgår av § 6-2. Det regionale helseforetaket som sykehuset i min oppgave hører til, har delegert ansvaret for inngåelse av samarbeidsavtalene til det enkelte helseforetak. For sykehuset i min oppgave er det inngått en overordnet samarbeidsavtale, samt inntil 13 tjenesteavtaler med kommunene i opptaksområdet. Tabellen under viser alle områdene det er inngått samarbeidsavtaler om

mellom sykehuset (helseforetaket) og de to kommunene i min oppgave.

**Overordnet samarbeidsavtale:**

Avtalen regulerer samarbeidet mellom sykehuset og kommunene i sykehusets opptaksområde.

**Tjenesteavtale 1:**

Enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre

**Tjenesteavtale 2:**

Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester

**Tjenesteavtale 3:**

Retningslinjer for innleggelse i sykehus

**Tjenesteavtale 4:**

Beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp etter § 3-5 tredje ledd

**Tjenesteavtale 5:**

Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon

**Tjenesteavtale 6:**

Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering

**Tjenesteavtale 7:**

Avtale om samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid

**Tjenesteavtale 8:**

Samarbeid om jordmortjenester

**Tjenesteavtale 9:**

Samarbeid om IKT-løsninger lokalt

**Tjenesteavtale 10:**

Samarbeid om forebygging og helsefremmende arbeid

**Tjenesteavtale 11:**

Omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden

**Tjenesteavtale 12:**

Tilsetting av turnusleger

**Tjenesteavtale 13:**

Om bruk av ledsager i forbindelse med reise til og fra spesialisthelsetjenesten, og ved innleggelse i sykehus

Tabell: Avtaleverk sykehuset og kommunene i sykehusets opptaksområde. Kilde: Sykehusets hjemmeside.

Avtaleverket knyttet til samhandlingsreformen er meget omfattende og oppfølging av avtalene har vært et vesentlig moment som er trukket fram av informantene mine. Avtalene skal i hht den nasjonal veilederen (2011, s 8) bidra til å sikre behandling på lavest effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet), bidra til gode pasientforløp, bidra til god kvalitet og pasientsikkerhet og bidra til å utvikle pasientmedvirkning. Avtalene omhandler alle områdene hvor sykehuset og kommunen samhandler, bl.a innskrivning i sykehus, opplæring av personell, samarbeid om forskning, forebygging, akuttmedisin, krise og akuttberedskap og selvfølgelig utskrivning av pasienter.

I samtale med informantene er det spesielt tjenesteavtale 3, 4 og 5 som har vært tema. Disse avtalene omhandler hhv innleggelse i sykehus, KAD-senger og utskrivningsklare pasienter.

*«Det juridiske med samarbeidsavtaler og samarbeidet med sykehuset, gjorde at det ble påtvunget å rydde i samarbeidet. OG det var bra! Det var veldig bra» (Rådmann kommune 1).*

Informantene synes å være enige om intensjonen med samarbeidsavtalene, dvs at avtalene var et viktig virkemiddel for å klargjøre samhandlingen mellom kommunen og helseforetaket.

I dette underkapitlet vil jeg fokusere på forhandlingene og implementeringen av avtalene på generelt grunnlag, samt hvordan avvik fra avtaleverket følges opp nå flere år etter at avtalene



ble inngått. Oppfølging av avtalene som spesifikt omhandler problemstillinger knyttet til utskrivningsklare pasienter og KAD-senger vil bli omtalt i underkapittel 4.4.2 og 4.4.3.

I reformen (St.meld. nr. 47, 2008-2009, s 13) er bedre samhandling et av de viktigste utviklingsområdene for helse- og omsorgssektoren framover. Utfordringer ved å få til god samhandling er problematisert:

*«Mange kommuner rapporterer om manglende likeverdighet i samhandlingen med helseforetakene, både pga. størrelse, faglig robusthet og ulike faglige og organisatoriske kulturer. Det rapporteres om asymmetri med hensyn til definisjonsmakt og faglig gjennomslagskraft» (ibid, s 77).*

Et av virkemidlene i reformen for å få likeverdige parter og bedre samhandling er inngåelse av samarbeidsavtalene. I den nasjonale veilederen som ble utarbeidet for å bistå helseforetak og kommuner i arbeidet med å utforme avtalene, gjentas det at avtalene skal bidra til å sikre likeverdighet mellom avtalepartene og utvikling av en god samhandlingskultur (s 8). Det synes ikke som gode intensjoner har vært tilstrekkelig for å justere for at avtaleverket er inngått mellom to parter med svært ulike forutsetninger, både mht størrelse og forhandlingsressurser.

Alle informantene beskriver at samhandlingsklimaet med sykehuset er bedre nå enn ved innføringen av reformen. Dette ser ut til å være gjennomgående, uavhengig av hvilket nivå i organisasjonen den enkelte informant jobber. Prosessen rundt inngåelse av tjenesteavtalene ble imidlertid ikke oppfattet som en prosess mellom to likeverdige parter.

I forhandlingsfasen og utarbeiding av avtaleverket beskrives helseforetaket av flere informanter som en «mastodont». En av informantene beskriver det slik:

*«Det er en mastodont å møte helseforetaket. Å treffe på [sykehuset], de møter mannsterk opp, et kobbelt av ulike fagpersoner osv. Ikke så enkelt for oss som kommune å ha tilstrekkelig kompetanse og tilstrekkelig evne til å forhandle på likeverdige vilkår» (Rådmann kommune 2).*

Helseforetaket ble oppfattet som en stor og tung aktør som ikke var særlig lydhør for innspill fra de kommunale deltakere i forhandlingene.

Det er en forståelse i kommunene for at helseforetaket ikke kunne ha 21 ulike avtalesett, dvs ett pr kommune, men det var en oppfatning hos informantene om at prosessen i for stor grad ble dirigert fra helseforetaket.

*«Vi opplevde den gang en arroganse. Vi hadde gjort et arbeid i forkant. [Sykehuset] ville ikke forholde seg til det fordi de ikke hadde vært med og utarbeidet det. I neste sving kom [sykehuset] med et avtaleutkast, som de hadde fått fra [det regionale helseforetaket] viste det seg» (Rådgiver kommune 1).*

*«Jeg tenker at spesialisthelsetjenesten legger premissene i stor grad enda. I inngangsledet var det en veldig opplevelse av Kongen på haugen, men kommunen med lua i hånda. Så det var mange møter hvor vi måtte justere balansen, hør her: Ikke komme her og komme her. Vi må finne ut hvordan vi løser dette i lag. I og med at definisjonsmakten ligger hos legene i sykehuset. De definerer, i sykehuset, hva kommunene skal klare å ta hånd om. Det ligger en ubalanse allerede der. Vi har ikke et apparat for å overprøve det» (Kommunaldirektør kommune 1).*

Informantene fra kommune 1 som var involvert i forhandlingene beskriver egen kommune som aktiv part i forhandlingene. De trekker fram at deres kommune er relativt stor i forhold til øvrige kommuner som tilhører dette helseforetaket og at det må ha vært utfordrende for små kommuner i forhandlingene.

*«Vi var nokså aktiv, for å si det forsiktig, med å forsvare kommunens standpunkt. Kommunen tok en ledende rolle og var aktiv deltaker i [Regionrådet]. Vi oppfattet, litt folkelig sagt, at sykehuset prøvde seg hele veien. Men de oppdaget ganske fort at vi ikke lot oss vippe av. Kommunen var en tung aktør og hadde kraft og vilje til å stå imot [sykehuset], som var en tøff negl i forhandlingene. Det er klart at sykehuset er så stort og kommunene er små. Min påstand at kommunen var førende i forhandlingene. Tror at hvis du spør en veldig liten kommune, opplevde de nok at [sykehuset] nesten satt og styrte hele runden» (Rådmann kommune 1).*

Rådmannen i kommune 2 jobbet på det tidspunktet i en mindre kommune og opplevde dette som særlig utfordrende.

*«Vi oppfatter ikke at vi var likeverdige parter. I de små kommunene er det tidvis et helsefaglig språk i avtaleverkene som kan være krevende og dechiffrerer kommunene. Jeg må si jeg var usikker av og til om vi som aktør så helt konsekvensene av alle disse*

*avtalene. Relativt stramt tidsregime for å få disse avtalene på plass. Det var med en viss grad av følelse av risiko. Om det var en objektiv risiko eller subjektivt opplevd risiko, kan sikkert diskuteres. Ser vi konsekvensene av de nye oppgavene vi påtar oss? Spesielt i forhold til de minste kommunene som naturlig nok har det minste volum av kompetanse og færrest hoder som skal håndtere det? En komplisert prosess, [men] vi signerte til slutt alle disse avtalene» (Rådmann kommune 2).*

Informantene i kommunene hadde en oppfatning av at mal for avtalene var utarbeidet av regionalt helseforetak. Malen var imidlertid utarbeidet av et partssammensatt utvalg i helseregionen.

*«I forkant av forhandlingene om samarbeidsavtalene var det nedsatt et partssammensatt utvalg som laget et sett med veiledende utkast til avtaler. Dette utvalget var sammensatt av [Regionalt helseforetak] med deltakere fra sykehusene, kommuner og arbeidstakerorganisasjonene. Det er små variasjoner i avtalene inngått mellom [sykehuset] og kommunene» (Leder samhandlingsenhet sykehuset).*

Det er imidlertid en forståelse i sykehuset for at partene hadde ulike forutsetninger.

*«David og Goliat, det forstår jeg godt. Den viktigste årsaken tror jeg er at [helseforetaket] er en homogen, stor gruppe, med en munn som snakker. For 21 kommuner er det kanskje 5 representanter og på hjemmebane er de ikke en homogen gruppe» (Leder samhandlingsenhet sykehuset).*

Avtalene i de to kommunene jeg har sett på er hovedsakelig inngått i februar og august 2012. Tjenesteaftale 12 og 13 er inngått i oktober 2014. Det er fremdeles en utfordring at innholdet i avtalene ikke er godt nok kjent, verken i kommunene eller i helseforetaket.

*«Da avtalene var inngått og virket fra 01.01.2012 hadde vi et prosjekt som skulle jobbe med implementering. Startet med ledernivået og gikk igjennom slik at alle kjente dette og forstod det. Allerede der oppdaget jeg ganske fort at de som hadde vært med i arbeidsprosessene med avtalene, de forholdt seg til avtalene i mye større grad enn øvrige ledere. Tilsynet har hjulpet på; vi må faktisk gjøre det vi har sagt vi skal gjøre. Når vi fikk påpekt lovbrudd i praksisen, både av våre leger og våre sykepleiere (kanskje i hovedsak de), da våknet folk på en annen måte» (Rådgiver kommune 1).*

Tilsynet som informanten over omtaler, er et landsomfattende tilsyn som ble gjennomført i 2015 av Statens helsetilsyn (Rapport fra Helsetilsynet 1/2016). Tilsynet omfattet 19 helseforetak og 37 kommuner, og tilsynet ble gjennomført av fylkesmennene. Tilsynet omhandlet «Samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunene». En av kommunene i denne oppgaven, Kommune 1 var med i tilsynet. I rapporten fra fylkesmannen (Rapport av 03.09.2015, s 2) framgår det to avvik:

*Avvik 1: [Kommune 1] sikrer ikke at informasjonsutveksling med spesialisthelsetjenesten om innlagte pasienter med behov for hjemmesykepleie etter utskrivning, er i samsvar med myndighetskrav.*

*Avvik 2: [Kommune 1] sikrer ikke forsvarlig vurdering og oppfølging av pasienter med behov for hjemmesykepleie, de første dagene etter utskrivning til eget hjem.*

Tilsynet avdekket det flere av mine informanter kommenterte, at det også innenfor kommunal helse- og omsorgstjeneste er skott mellom tjenestene som hindrer samhandling. Dette ble kommentert av informanter fra begge kommuner. Helsetilsynet skriver bl.a i rapporten om tilsyn med kommune 1 at «Uheldige hendelser skulle i henhold til rutiner meldes som avvik og behandles i kommunens avvikssystem [.....]. Det ble i liten grad sendt avviksmeldinger om manglende svar fra fastleger og feil i ordinasjonskort».

Helsetilsynets rapport om manglende samhandling mellom sykehus og kommune omtales nærmere under punkt 4.4.2. Helsetilsynet skriver imidlertid i samlerapporten at «Statens Helsetilsyn ser med bekymring på at oppfølging av samarbeidsavtalene svikter i så mange virksomheter» (Rapport fra Helsetilsynet 1/2016, s 5).

Samarbeidsavtalene definerer partenes ansvar og plikter. Brudd fra kommunenes side er bl.a. knyttet til at tilstrekkelig informasjon ikke følger pasienter ved innskriving i sykehuset.

*«Ulik kvalitet på dokumentasjon fra kommunene, dvs henvisning fra lege og sykepleierapport. Små kommuner har begrenset sykepleiekapasitet. En sykepleier på seinvakt, vanskelig å prioritere dokumentasjon, en kvalitetssvikt. Det er fastlege som henviser til spesialisthelsetjenesten. Dårlig henvisning kan bety at pasient kommer fram i køen eller bak i køen» (Leder samhandlingsenhet sykehuset).*

*«Kommunene melder oftere avvik mot [sykehuset] enn andre veien. I stedet for å skrive avvik, behandler sykehuslegene pasienten der og da. Ved mangler tar gjerne*

*sykehuslegen en telefon til henvisende lege og avklarer. Blir ikke noe systemisk forbedring» (Leder samhandlingsenhet sykehuset).*

Avviksrapportering drøftes jevnlig i OSO, Overordnet Samarbeidsorgan, mellom helseforetaket og representanter for kommunene. Sakspapirene til OSO ligger tilgjengelig på sykehusets hjemmeside og viser at det i 2012 ble meldt 23 avvik fra kommune til sykehus og 5 avvik fra sykehus til kommuner. I 2015 var tilsvarende tall 206 avvik fra kommune til sykehus og 33 avvik fra sykehus til kommuner. Et innmeldt avvik kan omfatte flere årsaker. «Sykehus» i diagrammene nedenfor betyr helseforetak (dvs sum av alle tre lokalsykehus).



Diagram: Utvikling i meldte avvik samlet for perioden 2012-2015. Kilde: Sak 4/2016 OSO.

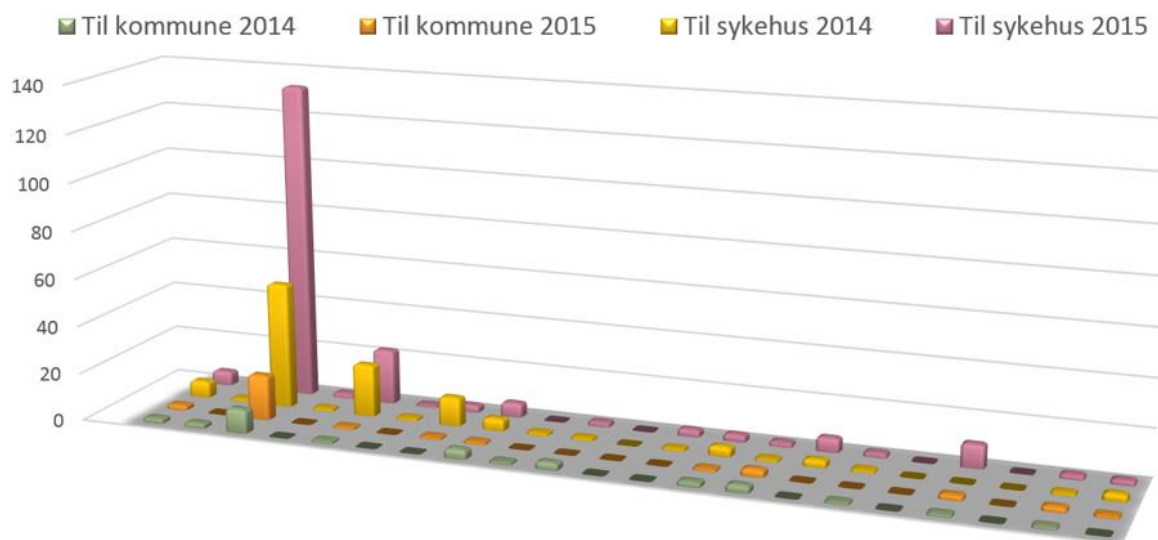
Diagrammet over viser at antall meldte avvik har økt fra 2012 - 2015, og at det er en voksende forskjell mellom meldte avvik fra kommunene og meldte avvik fra sykehuset. Den gule linjen viser avvik som kommunene melder til sykehuset, mens den grønne linjen viser avvik som helseforetaket melder til kommunene. Meldte avvik fra kommunene har hatt en formidabel økning fra 2012 til 2015, mens meldte avvik helseforetak til kommunene viser etter hvert en utflating. Forskjellen i antall meldte avvik og den økende forskjellen i meldte avvik mellom partene er interessant, særlig med tanke på at kommunene ikke oppfattet likeverdighet i forhandlingene om avtaleverket. Om forskjellen kan forklares med ulik oppfølging av

avtalene i kommunene og i helseforetaket, eller ulike rapporteringspraksis for avvik er vanskelig å konkludere på.

Helseforetaket skriver i saksutredningen til sak 4/2016 i OSO at «alle samhandlingsavvik som meldes til/fra kommunene eller andre eksterne samarbeidspartnere registreres i sykehusets kvalitetssystem og postjournal for videre oppfølging. Kommunene får tilbakemelding på innsendte avvik så snart ansvarlig leder/andre involverte har vurdert saken og gitt sin skriftlige vurdering som da sendes avviksadressat». Helseforetaket kommenterer at avvikene øker i perioder hvor det benyttes vikarer og personell som ikke er like drillet på prosedyrer.

Avtaleverket er gjennom ulike utredninger, selve reformen og i nasjonal helse- og omsorgsplan trukket fram som et viktig virkemiddel for å styrke samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Om avtalene har den betydningen som var tiltenkt og om de følges opp er derfor interessant. I de ulike tjenesteavtalene henvises det til overordnet samarbeidsavtale når det gjelder håndtering av avvik og uenighet. I overordnet samarbeidsavtale vises det til at avvik skal håndteres etter nærmere definerte retningslinjer. På helseforetakets hjemmeside er det kun skjema for innmelding av avvik som ligger. Øvrig oppfølging av avvik synes å være lagt til OSO eller til samhandlingsmøtene mellom kommune og sykehus.

Avvik i forhold til avtalene følges i ulik grad opp i kommunene og inntrykket fra informantene i min studie er at det er personavhengig. Kommunene er avhengig av ansatte som har fokus på registrering og som har sans for å bruke avviksrapportering i kvalitetsforbedringen. Systemene er ikke lagt til rette for enkel elektronisk registrering. Informantene tror derfor det er mørketall. Det er der og da fokus på å behandle pasienten og personell bruker i ulik grad tid i ettertid for å registrere avvikene når pasienten er tatt hånd om.



Til kommune 2014	2	2	10	0	1	0	0	4	1	3	0	0	2	3	0	1	0	1	0
Til kommune 2015	2	0	19	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	3	0	0	0	2	0
Til sykehus 2014	7	1	53	1	22	1	12	5	1	1	0	1	4	1	3	1	0	0	1
Til sykehus 2015	6	0	133	2	23	1	3	6	0	2	0	3	3	2	6	2	0	10	0

Tabell: Antall meldte avvik pr kommune 2014-2015. Hver kolonne i tabellen er en kommune. Kilde: Sak 4/2016 OSO.

Selv om det har vært en stor vekst i antall meldte avvik både fra kommuner og fra sykehus (helseforetak) i perioden 2012-2015, viser tabellen overfor at det er store variasjoner mellom kommunene. De to bakerste radene i diagrammet (rosa og gul farge) viser avvik meldt fra kommune til sykehus for hhv 2014 (gul søyle) og 2015 (rosa søyle). De to fremste radene i diagrammet (orange og grønn farge) viser avvik meldt fra sykehus til kommune for hhv 2014 (grønn søyle) og 2015 (orange søyle). Hver kolonne i tabellen under diagrammet viser tall for en kommune.

Tilfeldigvis er de to kommunene med flest meldte avvik til helseforetaket, også de to informantkommunene i min oppgave. Kommune 1 er kommunen i kolonne 3 og kommune 2 er kommunen i kolonne 5 ovenfor. Kommune 1 er den største kommunen til helseforetaket, men det er imidlertid flere av øvrige kommuner som har omtrent tilsvarende eller flere innbyggere enn kommune 2. Det er derfor forventet at antall avvik meldt fra disse kommunene skulle vært høyere. Om årsaken til lavere antall meldte avvik er knyttet til færre opplevde avvik eller dårligere registreringsrutiner er vanskelig å si.

Ifølge flere informanter er rapportering og oppfølging av avvikene krevende ressursmessig, men nødvendig. Det innebærer mye manuelt arbeid og er avhengig av enkeltpersoner som har kapasitet og interesse.

*«Avvikshåndtering mellom kommunen og sykehuset går via meg. Ikke alle kan sende avvik til sykehuset. Gjort det slik for å kunne håndtere denne type avvik hvor det ikke finnes noe automatikk. Ikke egen elektronisk vei. Må anonymisere før de sendes pr mail til [sykehuset]. Jeg har kontroll på alle avvik som er meldt fra personell i kommunen på samhandling med sykehuset» (Rådgiver kommune 1).*

Kommune 1 kategoriserer avvikene og bruker statistikken aktivt overfor OSO, sykehuset og i internt kvalitetsarbeid.

*«Har laget meg et system når jeg sender dem, teller hvor mange jeg sender, hvem fører avvik, har en oversikt over alle disse tingene. Jeg kan gå tilbake inn i vår organisasjon, følge opp de enhetene som melder avvik. Verktøy for forbedring. Må kunne være konkret. Vanskelig å ta tak i ting når det blir ullent, hvilke type situasjoner, hvor osv.» (Rådgiver kommune 1).*

De informantene som var opptatt av avviksrapporteringen som et verktøy for forbedring, var bevisst på at kun tall og harde fakta fungerer. Uten statistikk blir avvik fort definert som synsing og det er vanskelig å følge opp. Selv om kommune 1 melder desidert flest avvik til sykehuset, er erkjennelsen i kommunen at det fremdeles er mørketall.

*«Målet er jo at det blir færre avvik. Men vi er på et nivå nå om å få folk til å melde de faktiske avvik. Det er en måte å få tak i det som er forbedringsarbeidet vårt» (Rådgiver kommune 1).*

Flere av informantene er opptatt av å registrere avvik som et ledd i å få bedre samhandling, både internt i kommunen og mot sykehuset.

*«Hva slags språk som virker? Hva virker, hvor er akilles-helen? Vi har et helseforetak som er veldig opptatt av pasientsikkerhet. Har fått pris for det. Da er det deres akilles-hel» (Rådgiver kommune 1).*

Økningen i antall meldte avvik er interessant. Ettersom de fleste informantene har uttalt at de mener dialogen med sykehuset er blitt bedre, er det grunn til å tro at økningen er knyttet til registreringspraksis og ikke dårligere samhandling. Det er imidlertid interessant at kjennskap



til avtalene og manglende oppfølging av avtaleverket fremdeles er et så stort problem over 4 år etter innføring av reformen.

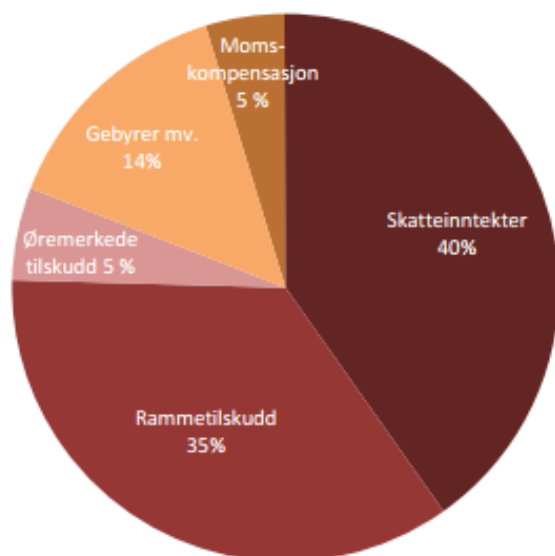
*«Dette feltet er ikke det som ligger fremst i pannen på politisk og sentral administrativ ledelse i kommunene» (Rådgiver kommune 1).*

I Helsetilsynets rapport (Rapport 1/2016, s 25) kommenteres ledelsens rolle mht manglende oppfølging av avtaleverket. «Det er ledelsens ansvar å sørge for å inngå avtaler og å sørge for implementeringen av avtalene. Men ledelsen må sørge for å følge opp at avtalen følges i praksis. Når ledelsen ikke sikret at de ansatte hadde tilstrekkelig kunnskap om samarbeidsavtalen, utgjorde dette en fare for svikt i samhandlingen ved utskrivning av pasienter». Videre heter det i rapporten at «Ledere må utvikle en kultur hvor avviksmeldinger ikke oppfattes som kritikk, men bidrag til at samhandlende tjenester kan forbedre sine tjenester» (ibid, s 26). Denne kommentaren fra Helsetilsynet synes å være rettet mot både helseforetak og kommune.

#### ***4.3.2 Finansiering – Er reformen underfinansiert?***

For å finansiere samhandlingsreformen har kommunene blant annet blitt tilført midler til kommunal medfinansiering, betaling for utskrivningsklare pasienter og kommunal akuttmedisinsk døgnenhet (øyeblikkelig hjelp-døgntilbud).

Ifølge «Rapport fra Det tekniske beregningsutvalg for kommunal og fylkeskommunal økonomi» består kommunenes inntekter av skatteinntekter, overføringer fra staten, gebyrer og andre innenlandske løpende overføringer. Skatteinntektene omfatter skatt på inntekt og formue, eiendomsskatt og andre produksjonsskatter. Overføringer fra staten omfatter rammeoverføringer og øremerkede overføringer innenfor kommuneopplegget. Skatteinntekter og rammeoverføringer betegnes vanligvis som kommunesektorens frie inntekter (Kommunal og moderniseringsdepartementet, 2015).



Figur: Sammensetning av kommunesektorens samlede inntekter 2015. Kilde: Finansdepartementet/Rapport fra Det tekniske beregningsutvalg for kommunal og fylkeskommunal økonomi.

Samhandlingsreformen i kommunene er delvis finansiert ved at rammen til spesialisthelsetjenesten er redusert og overført til kommunene, delvis ved økt finansiering fra staten. Da reformen startet i 2012 ble kommunene tilført 5 mrd kr fra helseforetakene til kommunal medfinansiering. Tilsvarende ble 560 mill kr overført fra helseforetakene til kommunene for å ivareta betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter. Begge disse ordningene ble finansiert ved frie inntekter til kommunene (dvs ikke øremerket). Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud ble etablert som et øremerket tilskudd i opptrappingsfasen. I 2012 var 262 mill kr avsatt til formålet med en økning til 1 048 mill kr i 2016 (i 2012-kr). Ordningen ble finansiert ved 50 % fra Helsedirektoratet og 50 % fra helseforetakene. (Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til kommunene og regionale helseforetak, datert 21.12.2011). Tilskuddet til kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud er gjort om fra øremerket tilskudd til frie inntekter fra statsbudsjettet for 2016.

En kommune tilbyr et vidt spekter av tjenester til sine innbyggere, fra vugge til grav. I kommunesektoren er tradisjonelt øremerket andel av inntektene lavt. Lokaldemokratiet står sterkt i Norge og det gir rom for lokale prioriteringer og løsninger for tjenester til innbyggerne. Under pkt 4.4.1, 4.4.2 og 4.4.3 vil jeg komme nærmere tilbake til hvordan de konkrete økonomiske virkemidlene fungerer for de to kommunene i min studie. Hvordan en ny reform blir fulgt opp med økonomiske virkemidler og økte rammer fra staten vil være av

stor betydning for implementering og resultater. Særlig er finansiering av reformen et tema for rådmennene jeg har intervjuet.

Begge rådmennene jeg intervjuet mener at reformen er underfinansiert.

*«En ansvarsjustering mellom stat og kommune, den skjer konsekvent ved at oppgaver blir flyttet fra staten til kommunene. Det er i og for seg greit nok. Men det følger ikke nok penger med. Da er det implisitt at kommunene skal gjøre det mer effektivt, og skal klare å drifte det billigere enn staten. Litt spøkefullt sagt; interessant at staten har den tilliten til kommunene. Men realiteten er at det ikke er like lett å få til» (Rådmann kommune 1).*

*«Fullfinansiert? Bare tull, fra ende til annen. Interne regnestykker fra kommunene sitt ståsted som mener at finansieringen er til fordel for helseforetakene og ikke for kommunene. At kommunene har mere kostnader enn det de får dekket. Den gjengse oppfatning. Helseforetakene er blitt mer New management-orientert, stykkprisfinansiert som skal være et økonomisk rasjonelt uttrykk for kostnader osv. En utfordring for de fleste kommunene» (Rådmann kommune 2).*

Det rådmannen i kommune 2 påpeker er at ulike finansieringsordninger i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er en utfordring. Utfordringer ligger også i at antall eldre øker og levealder øker samtidig som effektene av reformen skal måles. En annen utfordring er hvordan den enkelte kommune organiserer sine tjenester og hvor effektivt ressursene blir utnyttet. Begge kommunene i min oppgave har hatt eller har store underskudd i helse- og omsorgsavdelingen.

Kommune 1 har ifølge rådmannen gått fra 40 mill kr i underskudd for helse- og omsorgsavdelingen for 2012 til 5,6 mill kr i overskudd i 2015. Som rådmannen kommenterer er rammene til avdelingen økt betydelig over flere år.

*«De fire siste årene, pga merforbruk i helse og omsorgssektoren, har alt kommunen har fått av fri midler gjennom statsbudsjettet vært pushet rett inn i helse og omsorg. Ikke alt skyldes samhandlingsreformen. Nødvendig styrking på skole, barnehage, asfaltering av veier eller andre kommunale tjenester har vi ikke kunnet ta oss råd til. Alt har gått til helse og omsorg» (Rådmann kommune 1).*

Kommune 2 har også merforbruk i helse- og omsorgsavdelingen. Regnskapet for 2015 ble avsluttet med et underskudd på 16 mill kr, mot 16,6 mill kr i underskudd året før (årsmelding 2015). Kommunen har bl.a hatt en formidabel vekst i antall vedtak i hjemmetjenesten.

Vedtatte timer hjemmetjenester	2013	2014	2015	Endring 2013 - 2015
Uke 10	704,5	1002,0	1241,5	76,2 %
Uke 27	742,5	1115,5	1467,0	97,5 %
Uke 47	818,0	1304,0	1516,5	85,4 %

Tabell: Utviklingen i tildelte timer i tre tilfeldige uker de tre siste årene – kommune 2. Kilde: Intern saksutredning.

Forklaringen på veksten i hjemmetjenestene i kommune 2 er sammensatt.

*«Eldre befolkning, blir hjemme så lenge som overhode mulig, men helt klart at tidligere utskriving er en del av forklaringen. Har ikke så mange flere brukere, men veldig mange flere tiltak pr bruker. Diagnoser og mer avanserte tjenester de etterspør» (Enhetsleder hjemmebaserte tjenester kommune 2).*

*«Vi har hatt et for stort skille mellom de som har det økonomiske ansvaret og de som har gjort den faglige vurderingen i tildelingen. Tildelingskontoret vurderer det utelukkende ut fra et medisinsk og faglig behov. Man ser ikke at dette skal henge sammen med det ressursgrunnlaget som til enhver tid er allokert til helse og omsorgstjenesten. Har ikke vært sammenheng i tilstrekkelig grad. Dette må vi se på. For å få det kalibrert på en måte. Har vært en målsetning å skrive ut mer tid til hjemmetjenester og få redusert bruken av institusjonsplasser» (Rådmann kommune 2).*

*«[Reformen er] skrevet ut fra et sykehusperspektiv, ikke noe annet. Hvilket alternativ har kommunene? Ikke virkemiddel andre veien i forhold til utskrivningsklare pasienter. Veldig vanskelig å få aksept for det kommunale ståsted. Både fra sykehus, men også fra direktorat og departement. Det er en sykehusreform. Der det er oppgaveskyv ned i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Det er helt rett å gjøre det, men insentivstrukturene støtter ikke opp under det. Sett fra vårt ståsted» (Kommunalsjef kommune 2).*

Informantene i kommune 2 peker på ulike utfordringer. Veksten i hjemmetjenesten er høy samtidig som lokale politikere ønsker å prioritere institusjonsplasser. Det er ulike personer

som står for den faglige vurderingen av å tildele tiltak og som må svare for den økonomiske konsekvensen av å gjennomføre tiltakene. I tillegg mener kommunalsjefen at de økonomiske insentivene er tilpasset sykehusene. Sykehuset kan definere når kommunen skal overta en pasient og hvilken kompetanse kommunen skal besitte for å ivareta pasienten. Kommunene har ingen økonomiske virkemidler overfor sykehuset dersom det er uenighet i disse vurderingene. Det eneste kommunene kan gjøre er å melde avvik.

#### **4.4 Økonomiske virkemidler i reformen**

Tre av samhandlingsreformens viktigste økonomiske virkemidler, sett fra et kommunalt perspektiv, er knyttet til kommunal medfinansiering, utskrivningsklare pasienter og KAD-senger.

##### **4.4.1 Kommunal medfinansiering; uten effekt?**

I Nasjonal omsorgsplan (St.meld. nr. 16, 2010-2011, s 33) er kommunal medfinansiering etablert som et økonomisk virkemiddel for at kommunene skulle få et insentiv til å interessere seg for sammenhengen mellom bruk av egne ressurser og innbyggernes forbruk av spesialisthelsetjenester. Kommunal medfinansiering ble innført fra 01.01.2012. Dette virkemidlet synes ikke å ha virket på den forventede måten og ble avviklet pr 01.01.2015.

Utdrag fra statsbudsjett 2015:

*Avviklingen av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten innebærer at om lag 5,7 mrd. kroner overføres fra kommunene til helseforetakene. Avviklingen innebærer at kommunene ikke lenger skal betale en egenandel for sykehusopphold for sine innbyggere. Dette vil gi mindre byråkrati og større økonomisk forutsigbarhet for kommunene.*

Selv om kommunal medfinansiering som økonomisk virkemiddel er avviklet fant jeg det interessant å finne ut hvordan kommunene i min oppgave forholdt seg til dette virkemidlet og hva de tenker om at det er avviklet. Kommentaren i statsbudsjettet for 2015 om at dette medfører mindre byråkrati og større økonomisk forutsigbarhet for kommunene er interessant sett i relasjon til intensjonen om at dette skulle være et insentiv for kommunene til å søke å redusere antall innleggelser eller forsøke å utsette innleggelser for egne innbyggere i sykehus.

Kommunal medfinansiering omfattet somatiske spesialisthelsetjenester, med unntak av kirurgi, fødsler, behandling av nyfødte og behandling med enkelte kostbare legemidler. Spesialisthelsetjenester som ikke er finansiert gjennom innsatsstyrt finansiering (ISF), var

ikke inkludert i kommunal medfinansiering (f.eks psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling m.fl.) (<https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/kommunal-medfinansiering-kmf>).

Kostnaden til kommunen ved hvert sykehusopphold (innleggelse, dagbehandling eller poliklinisk konsultasjon) ble gitt et poengverdi basert på oppholdets DRG (diagnoserelaterte grupper). Med utgangspunkt i poengverdien ble størrelsen av kommunal medfinansiering beregnet. Kommunal medfinansiering hadde et tak på 4 poeng pr. opphold. (ibid). Beregningsgrunnlaget og avregning for kommunal medfinansiering synes å ha vært byråkratisk og vanskelig å kontrollere for den enkelte kommune.

*«Prøvde etter beste evne å gå inn i regningene. Helt umulig. Måtte bare godta det vi fikk. Jeg var i en konkret sak helt oppe til Helsedepartementet. Det var så komplisert at ingen hadde oversikt over det. Ingen mulighet til å ha kontroll med. En lykke for alle at det ble avvirket» (Leder tildelingskontor kommune 2).*

I startfasen av oppgaven min fikk jeg innhentet datagrunnlaget fra sykehuset for å se om dette virkemidlet medførte færre eller kortere innleggelser for mine to kommuner. Datagrunnlaget omfatter et uttrekk av sykehusets aktivitetsdata for perioden 2011-2015.

I det kvantitative datagrunnlaget har jeg sett på:

- Antall heldøgnsopphold
- Snitt liggetid heldøgnsopphold

I følge Helsedirektoratets definisjonsvedlegg til SAMDATA 2014 er skillet mellom døgnopphold og dagbehandling knyttet til om det foreligger en overnatting eller ikke, det vil si om dato for utskrivning er lik innleggelsesdato eller ikke. Datauttrekket er begrenset til akuttinnleggelser (ikke planlagte innleggelser) for medisinske DRGer. Annen dagbehandling og poliklinisk behandling er dermed ikke inkludert.

Tidsperioden omfatter data ett år før samhandlingsreformen ble innført. Grunnlaget omfatter somatiske øyeblikkelig-hjelpsopphold (ø-hjelp) innenfor medisinske DRG'er (diagnoserelaterte grupper) til de to utvalgte kommuner som hører til helseforetaket.

«Tradisjonelt skilles det mellom medisinske og kirurgiske DRGer og mellom kompliserte og ukompliserte DRG-er. Pasienter med samme type problemer kan behandles ulikt. For å ta

høyde for dette har man etablert «kirurgiske» og «medisinske» DRG-er. Hvis en operasjon er utført under sykehusoppholdet, grupperes pasienten i kirurgisk DRG. Hvis ikke, blir resultatet medisinsk DRG» (<https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/innsatsstyrt-finansiering-isf-og-drg-systemet/drg-systemet>).

Oppholdene er knyttet til pasienter i aldersgruppene 50 – 90 år, og sortert i grupper på 10 år (eks. 50 – 59 år). Bakgrunn for å begrense utvalget med hensyn til alderskategorier er i hovedsak behovet for å avgrense utvalget. Utvalget omfatter pasienter som både er i målgruppen for forebyggende tiltak, og omfatter den aldrende befolkningen som har behov for økte helse- og omsorgstjenester. Bakgrunn for å ekskludere de aller eldste (over 99 år) er at antallet pasienter reduseres og tilfeldige utslag kan gi store effekter. Avgrensningen er drøftet med sykehuset. Tallgrunnlaget er ikke justert for endring i befolkningsutvikling i perioden.

Nedenfor vises diagram for utvikling av antall heldøgnsopphold for perioden 2011-2015.

#### *Kommune 1:*

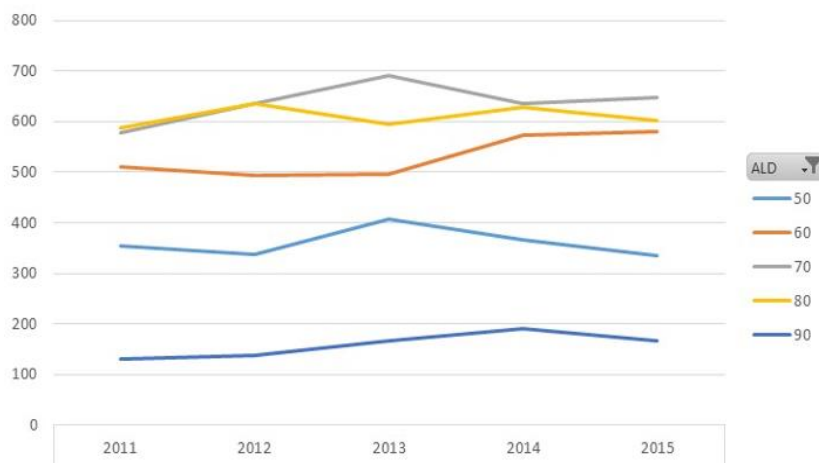


Diagram: Antall medisinske akuttinnleggelser kommune 1 for perioden 2011-2015, alder 50-99 år. Kilde Helseforetaket.

### Kommune 2:

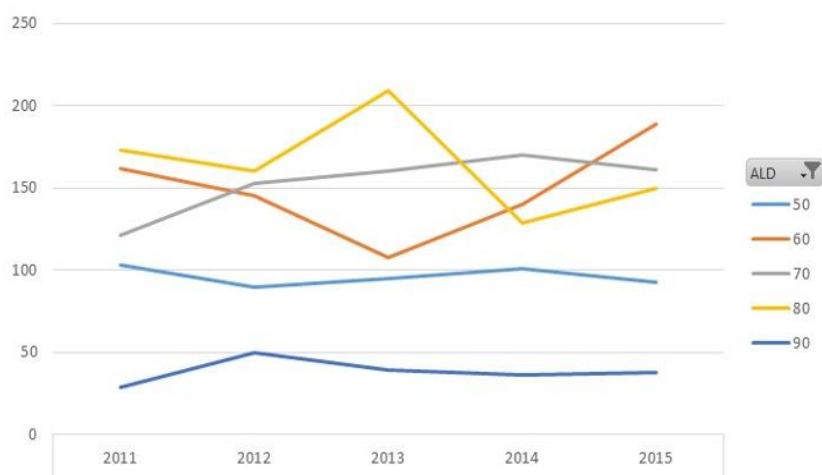


Diagram: Antall medisinske akuttinnleggelser kommune 2 for perioden 2011-2015, alder 50-99 år. Kilde Helseforetaket.

Datagrunnlaget for antall innleggelser viser ingen klar nedgang i perioden 2011-2015. Det samme bildet gjelder for begge kommunene. Pasienter i aldersgruppen 50 har en svak nedgang i begge kommunene. Øvrige aldersgrupper har enten en økning eller ulik utvikling år for år.

Nedenfor vises diagram for utvikling av snitt liggetid heldøgnsopphold for perioden 2011-2015.

### Kommune 1:

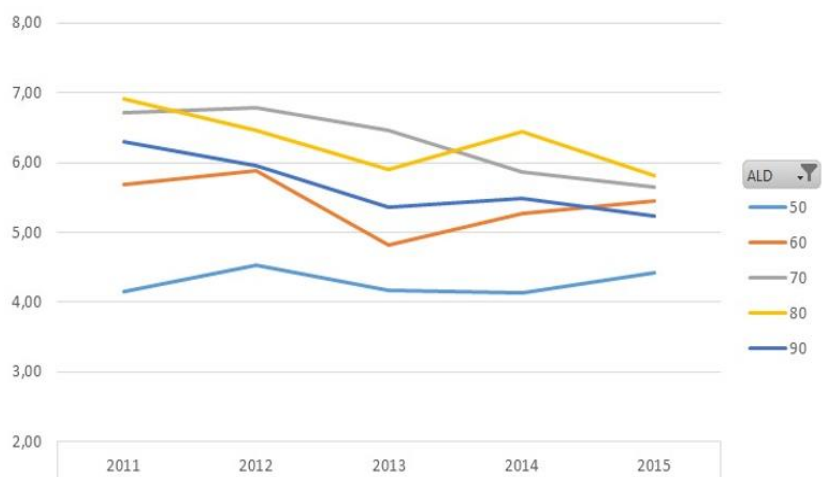


Diagram: Snitt liggedøgn medisinske akuttinnleggelser kommune 1 for perioden 2011-2015, alder 50-99 år. Kilde Helseforetaket.



### Kommune 2:

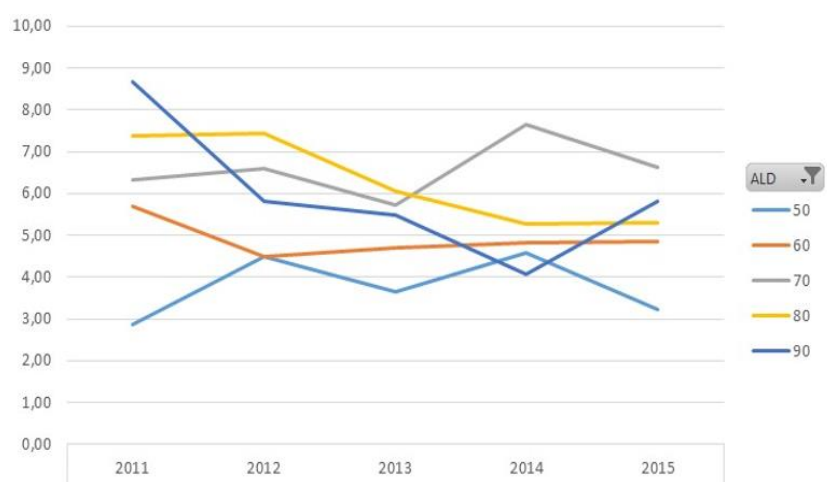


Diagram: Snitt liggedøgn medisinske akuttinnleggelser kommune 2 for perioden 2011-2015, alder 50-99 år. Kilde Helseforetaket.

For gjennomsnittlig liggedøgn er det en klar nedgang for gruppen 80- og 90-åringer. For øvrige grupper er det litt variabelt. For kommune 1 er det en nedadgående trend, mens bilde for kommune 2 er litt mer sammensatt. Om utviklingen i gjennomsnittlig liggetid kan knyttes til kommunal medfinansiering synes imidlertid vanskelig å konkludere på i mitt datagrunnlag. Flere av informantene mener at pasientene skrives tidligere ut av sykehuset etter samhandlingsreformen. Nedgang i liggetid kan være en indikator på dette da det særlig er de eldste pasientgruppene som viser nedgang. Disse pasientgruppene er de som i størst grad mottar kommunale tjenester etter utskrivning fra sykehuset. Professor Terje P. Hagen, Universitetet i Oslo, har undersøkt effektene av kommunal medfinansiering på forbruket av sykehustjenester i perioden 2012-2014, sammenliknet med perioden 2010-2011.

I Working paper 2016: 3 skriver Hagen at «Hovedresultatet er at kommunal medfinansiering ikke hadde signifikante statistiske effekter på antall døgnopphold. Dette gjelder både for pasientpopulasjonen totalt og for aldergruppen 80 år og over. For totalt antall opphold (døgn og dagopphold) finner vi en økning som er korrelert med innføringen av kommunal medfinansiering. Dette er neppe en kausal effekt av kommunal medfinansiering, men kan være en effekt av at ordningen med betaling for utskrivningsklare pasienter har ledet til en generell reduksjon i liggetider og dermed større muligheter for å bli behandlet i sykehus (ibid, s 1).

I Wisløff-utvalgets rapport ble det trukket fram at fastlegeordningen har forsterket problemene med å få leger til å dekke de samfunnsmedisinske oppgavene i kommunene (NOU 2005:3, s 18). Forebyggende oppgaver vil ligge under denne kategorien. Forebyggende tiltak skal bidra til at innbyggerne beholder helsen lengre og kan bo hjemme lengre. Når legetjenesten som åpenbart er en viktig faktor i forebyggingstiltak i kommunene, er utenfor kommunens direkte styringslinje, synes dette ikke å bygge opp under ordningen med kommunal medfinansiering.

*«Kommunal medfinansiering? Jeg tror de så galskapen! Vi hadde ingen styring med forbruket i spesialisthelsetjenesten. Men måtte betale en del av skøyen. Spesialisthelsetjenesten kunne la være å la fastlegen ta kontrollene, kunne sørge for at de hadde nok å holde på med, satt på spissen, i stedet for at fastlegene tok kontrollene. Det som var intensjonen var at vi i kommunen skulle klare å bygge opp så mye forebyggende tiltak at sykehusforbruket gikk ned. Men de forebyggende tiltakene er det utrolig lang leveringstid på. Kanskje en generasjons leveringstid» (Kommunaldirektør kommune 1).*

Også i samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2008-2009, s 55) er det påpekt som en utfordring at deler av den kommunale helsetjenesten blir levert av aktører utenfor den kommunale organisasjonen (eks fastleger og avtalefysioterapeuter). Fastlegene eller legevaktslegene er de som i stor grad henviser pasienter til sykehusene. Når legene ikke er en del av kommunens organisasjon vil insentivet om å redusere antall innleggelser eller utsette innleggelse i praksis være ute av kommunens kontroll.

*«Vi har null kontroll på hvem av våre innbyggere som er inne i helseforetaket til enhver tid. Og som plutselig blir kommunen sitt ansvar på et utskrivningstidspunkt, [hvor de] fortsatt trenger en type oppfølging» (Rådmann kommune 2).*

*«Kommunene bestemmer hvilke tjenester du skal ha når du kommer ut av sykehuset. Ikke sykehuset. Da er det helt feil at kommunene skulle finansiere tjenestene i sykehuset, når sykehuset bestemmer hvem som skal skrives inn» (Kommunalsjef kommune 2).*

Kommunal medfinansiering la til grunn at kommunene skulle kunne påvirke omfanget av innleggelser og behandling i sykehuset. Det informantene påpeker er at kommunene ikke hadde denne muligheten til å påvirke siden henvisningene går fra fastlege eller legevaktslege

som bare har avtale med kommunene, men også at det er til syvende og sist sykehuset som bestemmer hvem som faktisk legges inn.

I sykehuset er det en erkjennelse at det er veldig store variasjon på innleggelsesrater, både fra kommune til kommune (geografisk) og fra fastlege til fastlege.

*«Undersøkelse på Vestlandet har vist inntil 50 % forskjell. Legens trygghet, press fra pårørende kan være årsaker. En kommune som satser på en kvalitativ god fastlegetjeneste, det kan gjøre utslag. Mange elementer kan spille inn - Høy turnover på legekontoret, mange pasienter. Det er erkjente variasjoner legene imellom og geografisk i forhold til bruk av spesialisthelsetjenester. Kommunen sykehuset ligger i bruker sykehuset mer enn distriktskommunene - Vertskommunesyndrom. Motsatt av det de fleste tenker» (Leder samhandlingsenheten i sykehuset).*

På hjemmesiden til Helsedirektoratet framgår det at endelig avregning for kommunal medfinansiering for 2014, dvs det siste året som ordningen gjaldt for, er formidlet til kommunene i brev av 05.01.2016. Dette framstår som et virkemiddel som har så komplisert avregning at den foreligger et år etter at driftsåret er avsluttet, samt ikke kan styres av kommunene i den grad det var forutsatt. Kommentaren i statsbudsjettet for 2015 om mindre byråkrati og større økonomisk forutsigbarhet for kommunene synes å være på sin plass.

Selv om kommunal medfinansiering er avvirket pr 01.01.2015, har kommunehelsetjenesten ved henvisende lege fremdeles ansvar for å vurdere om andre muligheter enn innleggelse i sykehus kan være aktuelt (Tjenesteavtale 3, pkt 4.1 a).

#### ***4.4.2 Utskrivningsklare pasienter; risiko og merkostnader ved manglende epikriser***

Før samhandlingsreformen ble innført, forelå en betalingsforskrift hvor kommunene betalte for utskrivningsklare pasienter ti dager etter at kommunen skriftlig hadde fått varsel om utskrivning fra sykehuset (St.meld. nr. 16, 2010-2011, s 34). I forbindelse med innføring av samhandlingsreformen ble dette endret til at kommunene hadde betalingsansvar fra første dag pasienten var definert som utskrivningsklar. Informantene i min oppgave mener dette har medført kortere saksbehandlingstid i kommunene.

*«Kommunen har hatt en avtale i 10-15 år før samhandlingsreformen. Kommunen brukte den tida som de hadde før, for å områ seg. Nå begynner taksameteret å gå med en gang. Heldigvis hadde kommunen muligheten til å øke kapasiteten. [Vi] hadde en*

*døgnrehabiliteringsavdeling. Ikke mange kommuner som hadde. Tok mål av seg til ikke å ha betalbare døgn. Tror det var 2 betalbare døgn det første året» (Kommunaldirektør kommune 1).*

*«Den store forskjellen er hvor hurtig saksbehandlingen må være. Det var som å starte et nytt liv 01.01.12. Vi trodde vi hadde store utfordringer også før. Vi viste ikke, hadde ikke peiling på hva det her ville medføre. Den største forskjellen, du hadde god tid til å forberede, hadde 10 dager fra noen var meldt utskrivningsklar til vi måtte ha et tilbud på plass. Nå har vi ingen kontroll på det» (Leder tildelingskontor kommune 2).*

I Nasjonal omsorgsplan (St.meld. nr. 16, 2010-2011, s 35) er det kommentert at en kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter på sikt kan støtte opp under den ønskede omstillingen av psykisk helsevern (fra døgn til dag og fra sykehus til distriktpspsykiatriske senter). Pr 2016 omfatter betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter bare somatiske pasienter.

Flere informanter mener at samhandlingsreformen har medført at sykehuset skriver ut pasientene tidligere enn før.

*«De som kommer fra sykehus er mange ganger dårligere enn de som ligger på KAD. Sykehuset har ikke tid til å vente. Er [pasientene] terminal eller ikke, kommer de over kneika eller ikke? Flere som har vært meldt terminal, men som nå er på andre avdelinger. Så da tenker jeg at de blir for tidlig utskrevet. Man kan ikke skrive avvik til sykehuset på at pasienten er meldt terminal, men lever enda. Jeg har tatt det opp med sykehuset, men de var ikke så interessert i å drøfte det» (Avdelingsleder korttidsavdeling kommune 2).*

*«Blitt mer krevende vurderinger og kartlegginger. Kommunen håndterer mer krevende brukere. Mer merkbart etter 2012. Det har det helt klart blitt. Hvis vi merker det så godt, de må merke det godt på sykehuset også. De har bare dårlige pasienter» (Leder tildelingskontor kommune 1).*

*«Tidligere var pasienten definert utskrivningsklar og kommunen hadde ganske mange dager på å planlegge det mottaket. Det gjorde at pasienten gikk i gjennom enda flere dager i sykehuset med behandling og ting var helt avklart. Man var sikker på at den*

*behandlingen som var satt i verk, gav effekt. Pasienten var nærmest ferdigbehandlet når han kom ut. Nå er de ikke ferdigbehandlet slik, de har satt i gang en behandling og vi skal videreføre denne behandlingen» (Virksomhetsleder institusjon kommune 1).*

Dialogen mellom sykehuset og kommune om utskrivning starter allerede ved innleggelsen i sykehuset. Sykehuset skal innen 24 timer etter innleggelse informere kommunen dersom sykehuset vurderer at pasienten vil ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning. Dette for at kommunen skal kunne planlegge og stå klart med et kommunalt tilbud ved utskrivningen. Sykehuset skal imidlertid ikke forespeile for pasienten hvilke tjenester han/hun vil motta fra kommunen etter utskrivning (Tjenesteavtale 5, pkt 4.1.2).

I Helsetilsynets rapport (1/2016) oppsummeres funn og avvik etter landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Rapporten har en beskrivende undertittel «Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent». Overføring av informasjon mellom sykehus og kommune var det området hvor det ble avdekket flest avvik. Helsetilsynet kommenterer (s 4) at sykehusene ikke skal sende pasienten hjem før kommunen har bekreftet at de er klar til å ta imot pasienten.

I rapporten fra fylkesmannen til kommune 1 (Rapport av 03.09.2015, s 5) kommenteres avvik på samhandlingen med sykehuset slik:

- Kommunen hadde retningslinjer for samarbeid med [sykehuset], men ledelsen kontrollerte ikke om retningslinjene ble fulgt som forutsatt
- I 6 av 22 undersøkte pasientforløp sendte ikke hjemmesykepleien *Innleggingsrapport* til [sykehuset] som svar på varsel om innlagt pasient. .... Helseforetaket måtte bruke mye tid på å kartlegge tidligere funksjonsnivå og skaffe oppdaterte legemiddellister ved innleggelse når *Innleggingsrapport* manglet
- Kommunen meldte i liten grad samhandlingsavvik om uønskede samhandlingshendelser mellom sykehuset og kommunen. ....I 21 av 22 undersøkte pasientforløp mottok ikke pleie og omsorg *Epikrise ved utskrivelse* (EVU, foreløpig epikrise)/legeepikrise (endelig epikrise) selv om de skulle administrere legemidler for pasienten, og ved flere tilfeller hadde behov for informasjon om medisinsk oppfølging. Hjemmesykepleien måtte ofte bruke mye tid på å sikre nødvendig informasjon om legemiddelbehandling

Denne situasjonsbeskrivelsen bekreftes av mange av mine informanter. Deres beskrivelse av avvikene i samhandlingen med sykehuset kan kort oppsummeres i tre hovedpunkter:

- manglende epikrise eller tilsvarende informasjon
- pasientene er forespeilet hvilket tilbud de skal få i kommunen
- utskrivning utenom tildelingskontorets åpningstider

De mest alvorlige avvikene som informantene forteller om er manglende epikriser ved utskrivning. I avtaleverket står det klart at epikriser eller tilsvarende informasjon skal sendes ved utskrivning. En oppdatert medikamentliste er en del av epikrisen.

*«I noen av disse overføringene mangler vi vesentlige opplysninger som både kan føre til feilbehandling og feilmedisinering. Jeg vil tro at i over 80 % av tilfellene er det mangler i epikrisen. Enten at det mangler medikamentopplysninger eller ikke samsvar med de opplysningene sykehuset gir kontra det vi har fra tidligere (eks fra fastlege). Veldig mye detektivjobbing. [Vi] har hatt tilsynsfarmasøyt her som har gått i dypdykk for å se på noen utskrivningsdager. 7 pasienter utskrevet i løpet av to dager og det var mangler ved alle 7» (Virksomhetsleder institusjon kommune 1).*

*«Har ikke laget statistikk, men godt over halvparten av de pasientene som er utskrevet har ikke en korrekt medisinaliste. Det tar så energi. Mine sykepleiere må etterforske. Fare for feil spesielt med medikamenthåndtering. Å gjøre de vurderingene her er ekstremt vanskelig. Noen ganger gir vi opp. Vi får ikke mer ut fra sykehuset. Vi får gi et korttidsopphold for å finne ut av fakta. Jeg har sagt at en dag så finner jeg en pasient og sender ham i retur. Syns det er helt forferdelig at jeg må sende en gammel skrott som pakkepost for å få dem til å gjøre jobben sin» (Avdelingsleder korttidsavdeling kommune 2).*

Sykehuset er selvfølgelig klar over problemstillingen og jobber med å lukke avvikene i rapporten fra tilsynsrapporten.

*«Alle kommunene kan motta elektronisk epikrise. PLO (pleie og omsorgsvarsling) og epikrise varsles elektronisk. Medikamentlisten skal være endelig ved utsending. I avtalene står det epikrise eller tilsvarende dokument. Epikrise ved utskrivning skal allikevel alltid ha en komplett medikamentliste. Det er et absolutt krav. Et av funnene i Helsetilsynets rapport var mangel på kunnskap til avtalene i sykehuset og dermed er det ikke god nok kunnskap» (Leder samhandlingsenheten i sykehuset).*

*Fylkeslegen streng på å lukke avvikene i tilsynet. Det jobbes kontinuerlig med øvelse og oppfølging. Utfordringer med mye turnover og mye vikarer, men nok en historisk konservatisme også. Historisk og kulturelle årsaker som merkes når rutiner skal endres. Manglende epikrise kan gi fatale følger. En akilleshel for sykehuset. Internt i [sykehuset] har vi formidlet at om tilsynet hadde skjedd ved en annen klinikk hadde vi nok hatt samme funn» (Leder samhandlingsenheten i sykehuset).*

Manglende epikrise er et betydelig problem og kan utgjøre en medisinsk risiko. Helsetilsynet kommenterer i sin rapport (1/2016, s 4) at svikt eller fare for svikt i overføring av legemiddellister er omtalt i nesten alle tilsynsrapportene i det landsomfattende tilsynet.

Tilsynet ble gjennomført i mai 2015 og rapportene til sykehuset og kommune 1 forelå i begynnelsen av september 2015. Det er derfor betenkelig at flere informanter forteller (april 2016) at sykehuset fremdeles spør om det er greit at de sender pasienten hjem, selv om de vet at epikrisen ikke er komplett.

*«Stadig vekk opplever vi at de spør om de kan sende pasienten og at epikrisen ikke er helt ferdig, men vil bli ferdig i løpet av kvelden eller morgendagen. Da må man bare følge rutinen og avmelde» (Virksomhetsleder institusjon kommune 1).*

*«Nå er vi enige om at epikrisen skal følge med utskrivning. Når epikrisen ikke er ferdig, er ikke pasienten utskrivningsklar. I forrige uke, ble oppmerksom på at sykehuset pleide å si at epikrisen ikke var klar, men kan ikke bare pasienten komme til dere? Svaret er nei, men det er nok noen som har hatt en slik praksis i kommunen» (Rådgiver kommune 1).*

Informanter fra operativt nivå i begge kommunene (tildelingskontor, hjemmetjeneste, institusjon) forteller at oppfølging av manglende epikriser ved utskrivning er svært ressurskrevende. Tildelingskontoret vurderer pasientens hjelpebehov ut fra sykehusets beskrivelse. De har imidlertid ikke oversikt over om komplett epikrise er klar når pasienten skrives ut fra sykehuset. Det er det hjemmetjenesten eller institusjonstjenesten som avdekker. Da er det sykepleiere i kommunale tjenester som må bruke av arbeidstiden sin til å etterlyse manglende opplysninger for å kunne starte behandlingen i kommunen. Det er også de som må melde avvikene videre i sin organisasjon slik at dette blir registrert.

*«Tildelingskontoret som har dialogen om at de er utskrivningsklar, får ikke med seg om epikrisen er klar. Først når de kommer til hjemmetjenesten at de må skrive avvik hvis epikrisen ikke er med. Omfattende å skrive avvikene» (Leder tildelingskontor kommune 1).*

Denne svikten i informasjonsflyten medfører at sykepleiere må bruke tid på etterforskning og avviksmelding. Faren for at ikke alle avvik meldes kan derfor være stor. Helsetilsynet kommenterer i sin rapport (1/2016, s 20) at kommunene sjelden meldte avviksmeldinger. I den spesifikke rapporten som omhandler tilsynet i kommune 1 skriver Fylkesmannen at *«Kommunen meldte i liten grad samhandlingsavvik om uønskede samhandlings-hendelser mellom sykehuset og kommunen. Kommunens ledelse behandlet ikke samhandlingsavvik på en systematisk måte for å oppnå kvalitetsforbedring»*. Dette er et interessant moment. Dersom øverste ledelse i kommunene hadde vært mer opptatt av system og rutiner for å melde avvik og å følge opp avvikene, hadde det kanskje vært en faktor som hadde bidratt til bedre samhandling. Når det ikke foreligger virkemidler for en kommune til å følge opp avvik overfor sykehuset bør ikke dette overlates til et operativt nivå, men det bør være sterkt påtrykk for forbedringer fra toppledelsen.

En annen svikt i samhandlingen er at sykehuset forespeiler hvilket tilbud pasienten skal motta når han/hun kommer tilbake til kommunen.

*«Ut fra sykehusets beskrivelse vurderer tildelingskontoret om pasienten skal tildeles korttids plass, sykehjemsplass eller skal hjem. Avtalen er at sykehuset skal ikke ha gitt noen føringer på det, men i prinsippet er det slik at sykehuset ofte legger føringer. Liggetiden er så kort at sykehuset er ikke helt 100 % sikker på hva er det reelle. En måte å safe seg selv på. At pasienten får en institusjonsplass i stedet for å bli sendt hjem. Da kreves det mye mer detaljer på helseopplysninger fra sykehuset. Det er det ene. Det andre er nok at pasientene føler det veldig utrykt at de skal ut fra sykehuset. Den effekten at man etterspør korttidsopphold, det er en måte å trygge pasienten. Du skal bare videre til en annen plass å bli observert heldøgns. Det er et konfliktområde mellom sykehuset og kommunen» (Leder tildelingskontor kommune 2).*

*«Sykehuset forespeiler at denne [pasienten] bør være i institusjon. Hvordan i all verden kan vi sette oss opp mot en sykehuslege hvis vi sier at det mener ikke vi. Vi*



*vurdere at du kan dra hjem. Men stort sett klarer vi å løse det» (Leder tildelingskontor kommune 1).*

Ifølge informantene er det en utfordring for kommunene at sykehuset har forespeilet, eller at pasientene har oppfattet at sykehuset har forespeilet dem en kommunal institusjonsplass når de skrives ut fra sykehuset. Flere av informantene opplever at sykehuset bruker dette for å sikre at pasienten har et heldøgnsstilbud i kommunen som følge av uavklart status ved utskrivning. Informantene mener dette er knyttet til at pasientene skrives ut tidligere enn før. Før reformen var pasienten definert utskrivningsklar først 10 dager etter at sykehuset hadde meldt fra til kommunene. Dette gav pasientene bedre tid til å restituere seg og til at helsesituasjonen til pasienten ble mer avklart før de forlot sykehuset.

I avtaleverket står det at varsel om utskrivning fortrinnsvis skal skje døgnet og ukekontinuerlig i det som er kontortiden til tildelingskontoret. Kontortiden er spesifisert i tjenesteavtale 5, pkt 10.2. Flere informanter forteller at det også på dette området er det samhandlingsutfordringer.

*«Jeg opplever at det er et press fra sykehuset at en skal ha pasienter fort ut. Når vi begynner å etterspør, vi gjør jo i stor grad det, relevante opplysninger, så har vi ikke så mye å stille krav med i forhold til hvor hurtig vi får det besvart. Sykehuset har i prinsippet mulighet til å bestemme sjøl når på døgnet de vil melde, det står i hovedsak før kl halv tre. Men vi har ikke så mye å klage på hvis det blir fem på fire eller sågar en sjelden gang kl ti på kvelden» (Leder tildelingskontor kommune 2).*

*«Sykehuset definerer en pasient som utskrivningsklar etter at tildelingskontoret er stengt. Ikke i hht tjenesteavtalen. Beskjed i kontortiden primært. Pasienten kommer uten at vi er klar for å ta imot. De kommer ut med behov for til dels avanserte sykepleieroppgaver (kateter, målinger)» (Enhetsleder hjemmebaserte tjenester kommune 2).*

Fra sykehuset presiseres det at avtaleverket sier at utskrivning skal skje fortrinnsvis innenfor kontortid. Dette har vært tema på erfaringsmøter med kommunene som arrangeres to ganger pr år. Også at utskrivning i stor grad skjer i helgene. Det ble da enighet om at noen kommuner skal føre tilsyn med hvor mange det var. De reelle tallene viste noe annet ifølge sykehuset.

*«Det skjer utskrivninger etter kl 14.30, men det store flertallet etter legevisitten. En fersk episode i hodet, fort at det generaliserer et helt system. Formulering*

*«Fortrinnsvis før». Husk at hele sykehussystemet jobber for å få ut pasientene etter visitten fordi sykehusets ressurser også reduseres på ettermiddag og kveld» (Leder samhandlingsenheten i sykehuset).*

Innføring av samhandlingsreformen medførte at kommunene fikk en plikt til å betale for utskrivningsklare somatiske pasienter som ble liggende i sykehuset fordi kommunen ikke var klar for å ta imot dem når sykehuset definerte dem som utskrivningsklar. Beløpet pr døgn i 2012 var kr 4.000 og er prisjustert til kr 4.505 for 2016 (<https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/utskrivningsklare-pasienter>). Imidlertid melder flere av informantene om at det er svært krevende å bli enige med sykehuset om fakturagrunnlaget.

*«[Vi] har mye styr med oppgjøret. Du aner ikke hvor mye styr det er med fakturaene. [Sykehuset] har noe internt å rydde opp i. Jeg vil si at kommunen har vært for snill med å ta ut pasienter som ikke har papirene i orden. De er ikke ferdig med epikrisen. Det står i tjenesteavtalen, en forutsetning at epikrisen skal være klar. Vi må vite hva vi skal gjøre. Vi har tatt de ut i alt for stor grad, slik jeg ser det. Sykehuset må finne ut hvordan de skal få sine rutiner på plass slik at papirene er i orden når Fru Hansen drar ut. Slik at de som overtar stafettpinnen vet hva som har skjedd med henne og hva vi skal gjøre i kommunen med henne. [Det] burde vært et virkemiddel andre veien. Sykehuset burde absolutt betalt for mobiliseringen andre veien. Kunne vært en oppdragende virksomhet mellom forvaltningsnivåene» (Kommunaldirektør kommune 1).*

*«Hver gang vi får en faktura fra sykehuset gjennomgås den her. Tildelingskontoret må ta opp feil. Må skrive konkret i forhold til hver sak vi vil ta opp som vi mener er feil og sende til sykehuset. Ikke beste ressursutnyttelse. Vi har prøvd å melde det når vi får en utskrivningsklar pasient, at her er det et avvik, at vi ikke har betalingsplikt. Men det blir ikke fanget opp i det systemet og da kunne det vært ryddet. De har både økonomi og sitt ledernivå som skal gå inn og lete og se om de godtar det. Helt sikker på at det finnes en mye mer smidig ordning» (Leder tildelingskontor kommune 2).*

Melding og oppfølging av avvik, spesielt i forhold til tjenesteavtale 5, er manuell og ressurskrevende. Det er oppsiktsvekkende at ikke pasientsystemene, både i kommunene og i sykehuset, er tilrettelagt for elektronisk rapportering av avvik. Manuelle rutiner gir rom for feil og manglende rapportering. Ofte meldes avvik pr telefon, men det er ressurskrevende å

skriftliggjøre avvikene. Den økonomiske siden har kanskje ikke like stort fokus ute i tjenestene som de faglige sidene ved avvikene.

*«Kan godt tenkes at vi har vært for dårlige på det å nekte å betale. For det har ikke vært det som tidligere har vært det vi har innsigelser på, i forhold til regningene, om epikrisen har fulgt med eller ikke. Nå har det vært et veldig fokus på dette. Tror ikke vi, til nå i alle fall, har lagt oss på den praksisen at vi har innsigelser på døgn hvor epikrisen ikke har fulgt med. Vi er da avhengige av at hjemmetjenesten gir en tilbakemelding til oss. Her fulgte det ikke med epikrise, en midlertidig epikrise, men ikke endelig epikrise. Innsigelser på faktura hver måned, men det går på andre ting. Ikke fulgt meldingsflyt, ikke vært meldt, meldt for seint eller slike ting. Sykehuset har alltid et mye høyere tall på utskrivningsklare pasienter enn oss»  
(Leder tildelingskontor kommune 1).*

Tjenesteavtale 5 om samarbeid om utskrivningsklare pasienter synes å være den avtalen som mine informanter trekker oftest fram når det gjelder avvik i samhandlingen mellom kommune og sykehus. Det er interessant at kommunene melder flere avvik til sykehuset enn sykehuset melder avvik til kommunene. En del av avvikene er svært alvorlige. Manglende informasjon og samhandling ser ut til å medføre merarbeid både for kommunene og for sykehus. Det virker som om kulturen for å melde avvik har endret seg fra starten av formen og til nå, og at tilsynet fra fylkesmennene har bidratt til dette.

Overordnet Samarbeidsorgan (OSO) fikk forelagt en sak om utskrivningsklare pasienter 2015 i møte i februar 2016. I saksutredningen framla sykehuset statistikk pr kommune. I vedtaket ber OSO om at den årlige oversikten neste gang skal ha med oversikt over «betalingskrevde» døgn og betalte døgn. Flere informanter uttalte at var det feil ved et stort antall faktura som kom fra sykehuset ang utskrivningsklare pasienter. En statistikk som viser forskjellen mellom krevde døgn og betalte døgn vil derfor være svært interessant.

#### **4.4.3 Kommunal akuttmedisinsk døgnenhet (KAD-senger); lavt belegg**

I ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester ble plikt for kommunene til å etablere øyeblikkelig hjelp-døgntilbud vedtatt. Dette blir i Nasjonal helse- og omsorgsplan (St.meld. nr. 16, 2010-2011, s 36) definert som en oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Etableringen av et slikt tilbud skjedde i perioden 2012 – 2015, men ble lovpålagt fra 01.01.2016. Etablering av slikt tilbud forutsatte tilstedeværelse av sykepleier 24 timer i

døgnet (Veiledningsmateriell revidert 2/2014, Helsedirektoratet, s 17). Tilbudet skal være bedre eller like godt for pasientene som et alternativt tilbud i spesialisthelsetjenesten (ibid, s 6). Etablering av KAD-senger skal bidra til å bedre pasientforløpene og å gi tjenestene nærmere der pasienten bor.

Begge kommunene i min studie har etablert KAD-sengene i forbindelse med korttids institusjonsplasser. I begge kommunene ivaretar disse enhetene også andre funksjoner. Kommune 1 har etablert 6 senger. Kommune 2 har etablert 2 senger, men bare en seng er i bruk. At finansieringen av KAD-sengene delvis er hentet fra rammen til sykehusene medfører at sykehusene har forventninger til bruken av midlene.

*«Ingen tvil om at kommunene er tilført ressurser for å drive KAD. Inngår i rammetilskudd, men de har ingen plikt til å opprettholde det estimerte belegget. Liten effekt merkes i sykehuset. Midlene lagt alt for raskt inn i rammetilskuddet. Andre prosjekt som ikke gjennomføres i hht plan må levere pengene tilbake» (Leder samhandlingsenheten i sykehuset).*

Belegg på KAD-sengene har også vært et tema både hos informantene i kommunene.

*«Vi må få opp bruken av akutt plassene. Fastlegene og legevakta må venne seg til at tilbudet er der, de må tørre å bruke disse plassene. De er redd for å ta i bruk [KAD-sengene], selv med kort avstand til sykehuset, bl.a fordi det ikke er lab-funksjoner. Spesialisthelsetjenesten nasjonalt har vært tålmodig i forhold til at de skjønner at det ikke bare er å knipse i fingrene. Angsten for å vurdere feil er tilstede og må tas på alvor. Mange sosiale innleggelser, som før kom i [sykehuset], kommer på disse plassene» (Kommunaldirektør kommune 1).*

At legetjenesten i kommunene ikke er en del av kommunens organisasjon er påpekt som en utfordring i samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2008-2009, s 55). Dette har spesielt vært en utfordring mht KAD-sengene da det i utgangspunktet er fastleger eller legevaktsleger som kan skrive pasienter inn i disse sengene. De fleste legene har driftsavtaler med kommunene. Manglende tiltro til sykepleiergruppen trekker informantene fram som en årsak til lavt belegg.

*«Skal være en avklart tilstand [ved innleggelse]. Der har fastlege eller legevakt betydelig mer jobb å gjøre. De må gjøre en vurdering hva er dette, hvilken behandling skal pasienten ha, er dette en behandling som vi ser for oss er innenfor det tidsrommet? Nå er vi ikke på 72 timer, vi er litt mer fleksibel, 3-5 døgn. To av våre*

*leger er også fastlege i 50 %. I sin 50 % stilling som fastlege stod de for en veldig stor andel av innleggelser kontra de som er 100 % fastlege. De er veldig godt kjent med tilbudet og vet hvilken kompetanse som er der hos sykepleierne» (Virksomhetsleder institusjon kommune 1).*

*«Hele avdelingen ivaretar de som ligger på KAD. Noen leger er flink til å bruke KAD. Hos andre sitter det langt inne. Tror det har med tilliten til sykepleiergruppen. Overlater ansvaret til en sykepleiergruppe. Tror det kan sitte langt inne» (Avdelingsleder korttidsavdeling kommune 2).*

Ved innleggelse i KAD-seng skal tilstanden til pasienten være avklart. Det medfører merarbeid for fastlege, når alternativet er å sende pasienten til sykehuset.

*«Legene som styrer den senga, og legger inn i den, må selv ta ansvar. Det gjør det litt tyngre, påfører seg selv arbeid» (Kommunalsjef kommune 2).*

*«Tror det er riktig at en fastlege kan tenke at det blir merarbeid. Fredagskveld – skrive en pasient inn på KAD, hvorfor når jeg kan sende pasienten på sykehuset? Få som er interessert i mer ansvar og mer arbeid uten å få noe igjen for det. Sykehuset – kan spørre hvorfor er ikke denne pasienten på KAD? Men sykehuset ser ikke de øvrige 15 pasientene på legekontoret» (Leder samhandlingsenheten i sykehuset).*

Ifølge Senter for omsorgsforskning er det gjennomsnittlige belegget på KAD- sengene i Norge 30 % pr august 2015 (Tall fra Helsedirektoratet referert i Rapportserie nr 10/2015, s 10). Senter for omsorgsforskning påpeker følgende forhold som kan være forklaring på lavt belegg (ibid, s 53):

- legenes kunnskap om og tillit til tilbudet
- legenes holdning til økt ansvar
- kommunens tradisjon for akuttbehandling i sykehjem
- variasjoner i pasientgrunnlag
- overetablering

Studien finner imidlertid at tilbudet er kjent for legene og er tatt i bruk av fastlegene i de fleste kommunene.

Flere av informantene mener at lavt belegg på KAD-sengene ikke nødvendigvis gir et rett bilde av effektene i samhandlingsreformen. Dersom tiltak er satt inn i hjemmet slik at en unngår innleggelse i KAD-seng, så ses ikke de effektene opp mot belegg på KAD-sengene.

*«Jeg fører statistikk på belegg på KAD. Departementet skal ha type pasient, gj.sn liggetid, alder, kjønn, lege inn, lege ut, antall døgn osv. Det som hjemmetjenesten får til heime for å unngå å legge inn på KAD, blir ikke registrert. Jeg har egen excel-rapportering for KAD. To ganger i året» (Avdelingsleder korttidsavdeling kommune 2).*

*«Hva ønsker man å oppnå? Færre innleggelser på sykehus. Når effekten ikke kommer i sykehuset – nivåfeilslutning – og kobler det til belegg i KAD-sengene» (Kommunalsjef kommune 2).*

Rapportering vedrørende KAD-senger til Helsedirektoratet skjer to ganger i året ved utfylling av en excelfil med til sammen sju tabeller. Denne rapporteringen skjer manuelt. Senter for omsorgsforskning (Rapportserie nr 10/2015, s 16) kommenterer svakheter ved rapporteringen og muligheter for feilregistreringer da dataregistreringen og rapporteringen ute i kommunene ikke er systematisert som en del av et større elektronisk registrerings- og rapporteringssystem. Det synes merkelig at pasientsystem og rapportering i 2016 ikke er tilrettelagt for elektronisk kommunikasjon, særlig med tanke på nye tjenester i forbindelse med en reform hvor det er viktig å kunne måle om tiltakene har effekt.

Ifølge informant i kommune 1 er det mellom 15-18 % av pasienter innlagt i KAD-seng som sendes videre til sykehus fordi tilstanden til pasienten ikke blir bedre eller kanskje blir verre. Det betyr at tiltaket har en effekt, at størstedelen av pasientene fra KAD sendes hjem eller videre til annet kommunalt tilbud. Om antall KAD-senger er overdimensjonert vil vises over tid, dersom belegget ikke øker. Å benytte noen av ressursene for å styrke hjemmetjenestene med et ambulant team ble trukket fram som et alternativ.

*«Når KAD skulle etableres var det i institusjon det var tenkt. Antall senger i hht beregning av befolkningsgrunnlag. Vi har det i oppdrag å oppruste de plassene med kompetanse. Hvis det skulle evalueres kunne vi hatt 4 plasser og større fokus på et ambulant tema som en kombinasjon. For en stor kommune kunne en tenkt en kombinasjon av institusjon og ambulant team som hadde samarbeidet om disse pasientene. For mindre kommuner vil dette bli vanskelig. Det er litt for bstant å si at*

*vi kunne klart oss med fire plasser i institusjon, men det er mere basert på erfaringer til nå. Målet er at beleggprosenten skal opp i institusjon ved å drive systematisk opplysningsarbeid ut mot legekontor og legevakt, men vi ser også at enkelte kunne klart seg hjemme med en betydelig større innsats på frekvens og høy kompetanse i forhold til problemstillingene» (Virksomhetsleder institusjon kommune 1).*

Fra helseforetakets side ansees belegget i KAD-sengene som for lavt og at dette må opp. Spesialisthelsetjenesten har avgitt finansiering for å etablere KAD-sengene i kommunene og ifølge min informant merkes det lite i sykehuset at dette tilbudet er etablert i kommunene. I begge mine to informantkommuner er etableringen av KAD-senger i enheter som også ivaretar andre kommunale institusjonstjenester. De kommunale informantene mener belegg på KAD-sengene ikke nødvendigvis viser et riktig bilde, eks vil forebyggende tiltak redusere behovet for både innleggelser i KAD-seng og innleggelser i sykehus. Men disse sammenhengene registreres ikke. Imidlertid er det et viktig poeng at fastleger og legevaktsleger påfører seg selv betydelig merarbeid ved å benytte KAD-sengene i stedet for å sende en pasient til sykehuset.

I enkelte kommuner er det åpnet for at poliklinikklege eller lege ved akuttmottak i sykehus kan henvise pasienter til KAD-senger (Senter for omsorgsforskning, Rapportserie nr 10/2015, s 9). Dette synes imidlertid å utydeliggjøre ansvarslinjene mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Så lenge KAD-senger er et kommunalt ansvar må definisjonsmakten ved slik innskriving ligge nært kommunen (til fastlege, legevaktslege eller sykehjemslege). Hvis ikke synes virkemiddelbruken å ivareta sykehusperspektivet mer enn kommuneperspektivet. Om det er en overetablering av KAD-senger, eller om belegget vil øke etter hvert som legene får et større trygghet rundt tilbudet, vil være interessant å følge med på. Men så lenge kommunens finansiering fra staten til dette virkemidlet er knyttet til rammebevilgning og frie inntekter står kommunene fritt til å vurdere nivået på tjenestene så lenge tjenestene tilbys til innbyggerne.

#### **4.5 Andre utfordringer ved reformen**

I dette underkapitlet vil jeg se på tilgang og bruk av virksomhetsdata, samt utfordringer knyttet til nye pasientgrupper når reformen utvides fra 01.01.2017. Jeg har bedt mine informanter gi en oppsummering av status så langt, ut fra deres kommunale perspektiv.

#### **4.5.1 Virksomhetsdata; utfordringer ved manglende tilgang på data**

I St.meld. nr. 47 (2008-2009, s 13) konkluderes det med at «Vi har i dag ikke gode nok systemer for analyse og beslutninger om hvordan ressursene bør settes inn i de ulike leddene i kjeden fra forebygging, diagnosearbeid, behandling og rehabilitering». Og «det skal på overordnet nivå skje en styrking av analyse-, plan- og beslutningssystemer som setter søkelyset på hvordan den offentlige innsatsen på helse- og omsorgsområdet innrettes og mest rasjonelt fordeles mellom de ulike innsatsområdene, slik som forebygging, diagnosearbeid, behandling og rehabilitering» (ibid, s 25). Manglende virksomhetsdata i kommunene er ikke knyttet alene til samhandlingsreformen, men ved tilførsel av nye oppgaver vil behovet for relevante data om virksomheten øke.

Det er en utfordring i begge kommunene å ha tilstrekkelig tilgang til data som viser sammenheng mellom aktivitet og økonomi. Flere informanter trekker fram at det politiske nivået kanskje ikke er så interessert fordi det er vanskeligere å prioritere når fakta presenteres, f.eks økninger i tjenesteproduksjonen uten økning i budsjettrammen.

Kommune 1 holder på å implementere et styringssystem for hele kommunen etter et politisk vedtak. Kommunen innfører også et aktivitetsbasert finansieringssystem (ABF) for helse- og omsorgsavdelingen. Beslutningene om å innføre et felles kommunalt styringssystem og ABF er ikke knyttet til samhandlingsreformen.

*«Kommunen holder på å etablere et styringssystem for tett oppfølging og tett kontroll. Dette er litt nybrottsarbeid. Her driver vi til dels å finner opp kruttet selv» (Rådmann kommune 1).*

*«Styringssystem for hele kommunen – aktivitet, økonomi, sykefravær. Mange workshops for å bestemme hva som er lurt å se på. Mye involvering. Økonomi og sykefravær er fase 1. Bruker ABF som en del av grunnlaget. Programvare i bunnen som modelleres for kommunen, men unikt for kommunen når data fra forsystem blir tilpasset styringssystemet. Rollestyrt, dvs ulike varianter for at hver leder får det de syns er mest fornuftig å følge med på. Gjort det til et komplett rapporteringssystem. Alle virksomheter skal rapportere 1 gang i måneden» (Analysesjef kommune 1).*

Aktivitetsbasert finansiering (ABF) som er under etablering og utprøving i kommune 1 er et system for stykkprisfinansiering i kommunens omsorgstjenester. Kommunen har begynt med



hjemmetjenesten og meningen at man skal utvide til andre områder etter hvert, dvs institusjon og miljøtjeneste.

*«Hovedgreia med ABF er at det skal skilles mellom aktivitet og effektivitet. I mitt hode er det superviktig. Ute i hjemmetjenesten har man veldig fokus på aktivitet. Vi får stadig mer å gjøre, budsjettet går ikke bra i år heller. Kun aktivitet, ikke fokus på intern effektivitet. Hva koster det? Må finne kostnadsbærerne. Direkte tid, antall besøk og antall brukere. Mal i 2015 som prøves i 2016 på hjemmetjenestene. Enig om en pris, mye om og men og fram og tilbake, stor usikkerhet, skjønner godt at det er skummelt» (Analysesjef kommune 1).*

*«Vi har et prøveår med ABF. Oppdrag med kronasje. Hvordan klarer vi å løse oppdraget innenfor forsvarlige rammer? Det skal være med å bidra til at usikkerheten og spørsmålene blir mindre om hvorfor vi har brukt så mange penger. Ikke sikkert dette er løsningen i all framtid. Men den løsningen vi satser på nå. Vi må gjøre en evaluering. En annen metode for kostnadsoversikt og kontroll, og kunne svare for pengebruken» (Kommunaldirektør kommune 1).*

Alle informantene jeg snakket med i helse- og omsorgsavdelingen i kommune 1 er positive til ABF. Det kan tyde på at det er en erkjennelse av at man ikke har tilgang til nødvendige data for å kunne gjøre analyser av hvordan tjenestene best skal leveres.

*«Alle har vært positive. Får mer struktur. Nå sitter tildelingskontoret med budsjettet for aktiviteten. Etter hvert som hjemmetjenesten utfører den aktiviteten som tildelingskontoret og de er blitt enige om, då får de utbetalt i hht aktiviteten de har gjennomført. Men i bunnen ligger det forutsetning om effektivitet» (Analysesjef kommune 1).*

*«Det er jo veldig interessant hvis man kunne ført en mer systematisk statistikk på flere områder. Feil og mangler ved overføringer. Hadde en arena for dialog mer jevnlig. Men også internt for å se på liggetid, gjennomsnittlig liggetid 2013, kontra 2014. Men vi har ingen som kan ivareta dette. Går egentlig glipp av mye, gå inni bak tallene, mye interessant å finne. Nå har vi bare tall på hvor mange har vi hatt i korttidsopphold i 2015, men vi vet ikke om liggetid var lengre eller kortere enn 2014. Vi vet heller ikke antall reinnleggelser hos oss» (Virksomhetsleder institusjon kommune 1).*

I første omgang innføres ABF for hjemmetjenestene i kommune 1. Tildelingskontoret har fått budsjettrammen og fordeler budsjettmidler i hht vedtak i hjemmetjenesten.

*«Dette er et prøveår [for ABF], men budsjettene er reelle og overføringene er reelle. Når jeg leser en del av de stoppeklokkeinnslagene rundt omkring, kjenner meg ikke igjen i at det er så knabert og magert, at vi er så streng. Vi har tidsestimater som er beregnet ut fra KS sine anbefalinger. Jeg synes det er spennende. Kanskje vel spennende å plutselig få så mange flere millioner på budsjettet. Det må være en viss logikk i at drift får med midler til et vedtak som vi bestiller.*

*Ser allerede, ABF gir oss et helt annet oversiktsbilde enn det vi har hatt før. Vi har en prognose i forhold til vedtakstimer. Nå begynner det å se veldig bra ut. Bruker vi mer enn vi skal, er det på en adresse å gå til» (Leder tildelingskontor kommune 1).*

Kommune 2 har ikke et eget styringssystem, men kommunalsjefen har økt fokus på å bruke aktivitetsdata og utvikling i disse og dette oppleves som positivt hos lederne ved driftsenhetene under ham.

*«Kommunen har ikke et felles styringssystem. Sektoren er motstander i å ta i bruk slike system. Viktig å få tall på bordet. Et kjempeviktig steg på veien for å sikre videre utvikling. Kanskje borte om 10 år, men nødvendig nå. Som et nødvendig skritt for å få oversikt og kontroll. Det er nå en gang sånn at de tjenestene vi leverer, også innenfor den myke sektoren her, handler om arbeidskraft. Handler om hender i arbeid. Må uttrykke det på et eller annet vis. Og der er penger det eneste kartet vi har. Budsjettet blir kartet for hvor mange hender vi kan ha i arbeid. Og hvis vi ikke vet om vi bruker hendene riktig, både ut fra til et ressurshensyn, men også ut fra om vi oppnår det vi vil med bruken. De faglig gode hender. Da er man sjakk matt. Kommunal sektor har vært sjakk matt. Man vet ikke. Og jeg tror mange ikke vil vite heller. For det er ubehagelig. Må plutselig begynne å velge. Må prioritere» (Kommunalsjef - Kommune 2).*

Kommunalsjefen trekker manglende ressurser fram som en forklaring både mht avviksoppfølging og tilgang på virksomhetsdata.

*«Det fremelskes jo at administrasjonen skal være så liten som mulig. I kommunal sektor er det ekstrem fokus på det. Ikke nødvendigvis politikken lokalt som fokuserer på det. Men det er en av de indikatorene vi blir mål på, om vi er veldreven eller ikke, hvor mange som er ansatt i en spesiell funksjon i KOSTRA. Spørsmålet er om det er en*

*riktig kvalitetsindikator. For å si noe om 1. den kommunal tjenesteproduksjon, 2. det demokratiske innholdet i det vi gjør, er sakene forberedt tilstrekkelig, åpenhet og alt det her og 3. er det fulgt opp tilstrekkelig i forhold til internkontrollforskriften. For lokalpolitikkerne som står i etiske dilemmaer mye nærmere enn de som lar direktoratene vokse ut av alle proporsjoner, for dem er det tungt å prioritere administrasjon i forhold til sykepleier eller annen fagstilling ute» (Kommunalsjef kommune 2).*

Sykehuset har større ressurser og kompetanse på analyse av aktivitetsdata, men opplever ingen fokus på dette fra kommunene.

*«Kommunene etterspør ikke data fra sykehuset. Fastlegesystemet er velfungerende for pasientene. Ingen kommuner som har styring. Kommunene er fornøyd når legetjenesten fungerer og det er lite ventetid. Kunnskapen ute i kommunene er relativt lav. Vanskelig å argumentere med legene. Medisinske begrunnelser vil alltid vinne» (Leder samhandlingsenheten i sykehuset).*

De to kommunene i min studie er forholdsvis store kommuner, men prioritering av ressurser til etablering av virksomhetsdata og analysegrunnlag er veldig forskjellig. Det er interessant at vedtaket om å etablere et styringssystem i kommune 1 er politisk og ikke administrativt. Kommunen holder åpenbart på med et nybrottsarbeid, både mht felles styringssystem og ABF. Kommunen har hentet kunnskap og inspirasjon fra Kristiansand kommune, men kommunen må bruke betydelig med ressurser for å utvikle sitt system. Det er positivt at lederne i helse- og omsorgsavdelingen ser på dette som verktøy for bedre styring. Kommune 2 har andre utfordringer. Med en formidabel vekst i antall vedtak i hjemmetjenestene vil nok prioriteringene framover være knyttet til nye stillinger i direkte tjenesteproduksjon.

I Helsetilsynets rapport (1/2016) om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen heter det «Det er et krav at alle som yter helsetjenester skal ha et styringssystem som sikrer faglig forsvarlige tjenester. Dette omfatter å planlegge, iverksette, kontrollere og korrigere tjenestene» (s 25). Tjenesteavtalene er trukket fram som en sentral del av et slikt styringssystem. Ledelsens manglende oppmerksomhet rettet mot feil og svakheter viste i mange tilfeller at feilene ikke ble oppdaget, ikke rettet og praksis fortsatte som før (ibid, s 26). Denne rapporten gjeler helseforetak og kommuner over hele landet, men flere av informantene i min studie forteller om manuelle og personavhengige rutiner for å følge opp

avvik i tjenesteavtalene. Manglende system og ledelsesfokus bidrar til at de samme avvikene gjentar seg.

Som flere av informantene har kommentert er det viktig med virksomhetsdata for å kunne ansvarliggjøre politikerne, men sektoren er ikke kjent for å ha fokus på dette. Utfordringen er å ha tilstrekkelig ressurser til å prioritere slik kompetanse, både med tanke på avviksoppfølging og med tanke på analyser av aktivitet og økonomi.

#### **4.5.2 Nye utfordringer; psykiatri og rus**

Fra 01.01.2017 skal det også innføres kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter innenfor psykisk helse og rus. Tilbudet med KAD-senger skal også utvides til å omfatte psykisk helse og rus fra 2017.

Informantene trekker fram at det enda er mye som er uklart mht kommunalt ansvar for nye pasientgrupper fra 2017.

*«Min bekymring nå er psykiatrien og reformen som kommer med betalbare døgn i psykiatrien. Hvem definerer at en pasient er i stand til å klare seg i et kommunalt tjenestetilbud? Kommunene har ikke samme lovverk, f.eks for å iverksette tvang, for å kunne ta kontroll på en situasjon. Ansatte i kommunehelsetjenesten og den pasienten som kommer ut, er ikke beskyttet i samme lovverket som spesialisthelsetjenesten. Reformen kommer fra 01.01.2017 med betalbare døgn, men vi tror ikke at de klarer å få det til fordi det er så mange spørsmål fra kommunene enda» (Kommunaldirektør kommune 1).*

*«1. januar ser vi fram til virkelig en utfordrende del når rus og psykiatri kommer. Hvilke nye brukere vil vi få i lokalhelsetjenestene i kommunene da? Sannsynligvis kompliserte, sammensatte utfordringsbilder. [I min kommune], en middels stor norsk kommune, diskuterer vi hvordan vi skal håndtere det. Tror ikke det er mulig å håndtere alene» (Rådmann kommune 2).*

*«[Vi] må bygge opp nye tjenestetilbud. Hvor skal de være, hvor skal vi få tak i fagfolk?» (Enhetsleder hjemmebaserte tjenester kommune 2).*

Det er også en erkjennelse i sykehuset om at psykisk helse og rus gir andre utfordringer enn kommunene tidligere har møtt med økt ansvar for somatiske pasienter.

*«Psykiatrien i en litt annerledes situasjon enn somatikken. Diagnosesetting tar lengre tid. Blir nok en større utfordring for kommunene enn utskrivningsklare fra somatikk. Mer trent på å ta imot somatiske pasienter. En liten kommune kan knekke nakken på en krevende pasient. Kan bli utfordrende for små kommuner. Kommunene kan få utfordringer mht kompetanse. (Leder samhandlingsenheten i sykehuset).*

Utvidelsen av kommunalt ansvar for pasienter med problematikk innenfor psykisk helse og rus kan møte på flere av de samme samhandlingsutfordringene som er avdekket for pasienter innenfor somatikk.

*«Kommunalt valg å definere behovet også for psykisk helse og rus. Psykiatri har vært mye mer suveren, på dette å kunne si, disse må ha døgntilrettelagt, må ha sånn og sånn. Mens vi tenker vel mer at vi kan bruke korttids plass, midlertidig bolig, gjøre noen vurderinger. Vi må ha en egen lokasjon for korttids plasser, KAD-plasser for psykiatri. Jeg tror ikke det blir det omfanget» (Leder tildelingskontor kommune 1).*

*«Psykisk helse og rus blir veldig spennende. Det er ikke landet, men vi prøver å planlegge ut fra at det er en endring fra 01.01., i alle fall i forhold til døgnpris. Sykehuset må ha en ganske krapp læringskurve i forhold til å melde ifra. Jeg vet det er pasienter som de mener har vært utskrivningsklar lenge, men vi har aldri hørt et ord. Dere må melde det!» (Leder tildelingskontor kommune 1).*

Informantene i kommunene viste til flere områder som ikke var klarlagt i forhold til økt kommunalt ansvar. Det må forutsettes at en slik oppgaveforskyvning mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste må medføre endringer i lovverk og finansiering på samme måte som endringen i somatikk har gjort. For informantene i min studie var fremdeles mye uavklart. Om planleggingen til kommunene har ligget for lenge på is i påvente av statlige avklaringer er uvisst.

*«Denne endringen er meldt at den kommer fra 2017. Hvordan er planleggingsperspektivet til kommunene?» (Leder samhandlingsenheten i sykehuset).*

#### 4.5.3 Kommunenes oppsummering så langt

Kommunene leverer tjenester til sine innbyggere i mange varianter. Barnehage, skole, barnevern, sykehjem, hjemmetjeneste, kulturtilbud, vann og avløp, asfaltering osv osv. Utfordringer som spesielt øverste ledelse i kommunene trekker fram er at de mener staten gir for liten ramme eller ikke bruker de riktige økonomiske insentiver for å få de forventede effektene av samhandlingsreformen. Økt etterspørsel etter tjenester i helse- og omsorg medfører mindre ramme til andre kommunale tjenester.

*«Innenfor helse og omsorg har vi i mange år blitt møtt med «de utgiftene må bare komme». Jeg skjønner det på en måte. Jeg kan si til teknisk etat at vi har brukt opp pengene, det blir null asfaltering i år. Så kommer det en tåre eller to derfra, men de kan på en måte forholde seg til det. Det var ikke penger til asfaltering, da ble det ikke asfaltering i år. Men kan ikke si at fra i morgen stoppes inntaket av pasienter fra sykehuset.*

*I sum har det gått seg godt til. Vi har gjort grep. Dette med aktivitetsbasert finansiering m.v. Sykehuset har ganske sikkert gjort sine grep. Vi jobber med elektronisk samhandling, sammen med sykehuset, slik at kommunikasjonen skal bli bedre. Summa summarum så har dette vært relativt vellykket. Hvis vi ser bort fra at vi har fått for lite penger» (Rådmann kommune 1).*

*Faglig, økonomisk og samfunnsmessig helt nødvendig [reform]. Men insentivstrukturene er feil. De fremelsker ikke to likeverdige parter. Den ene parten er økonomisk vinner og den andre er økonomisk taper» (Kommunalsjef kommune 2).*

Samhandlingsreformen medfører en oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Kompetanse vil derfor være en viktig faktor for om kommunene er i stand til å nå målene i reformen. Flere av informantene mener at endret oppgavefordeling medfører mer spennende oppgaver for bl.a sykepleiere i kommunene.

*«Ufattelig mye spennende. Før var hjemmetjenesten lite spennende. Alle ville på sykehuset for å få interessante oppgaver. Nå burde det være snudd. Folk burde vært i sykehuset først før de kommer til kommunen. Mye de må håndtere alene ute. Vi er kommet dithen at det er sjelden vi stiller spørsmål om vi kan håndtere en pasient eller ikke. I utgangspunktet et spørsmål om ressurser. Betydelig kompetanseheving i kommunen over år» (Leder tildelingskontor kommune 1).*

Endring i arbeidsoppgaver har skjedd over år, men er forsterket ved samhandlingsreformen. Rekruttering og bemanning i kommune 2 er en stor utfordring. I følge kommunalsjef for helse og omsorg i kommune 2 er hjemmetjenestene sterkt underbemannet. Ifølge deres beregninger, ut fra dagens vedtakstimer, burde bemanningen vært økt betydelig.

*«Hvis vedtakene fra tildelingskontoret er riktig og det må man tro, burde vi vært flere ansatte i hjemmetjenesten for å ta oss av vedtakstimerne. Basert på skjønnsmessig vurdering av forholdet mellom direkte og indirekte tid. Vi har 55 årsverk. Hvis vi sier at vi nærmer oss kommuner som Kristiansand, Bodø, Sandnes, som er kjent for å drive godt og som er kompakt, burde vi hatt 85 årsverk. Dvs 30 årsverk ekstra, eller for å være forsiktig +25. Det er betydelig. Det er en gruppe det går ut over. De som har fått vedtak» (Kommunalsjef kommune 2).*

En annen utfordring er at ulike kommunale prioriteringer kan medføre ulike tjenestetilbud til innbyggerne i de ulike kommunene på sikt.

*«Det vil alltid være slik at reformer er prøving og feiling, prøving og feiling. Det er så forskjellige forutsetninger for å lykkes. Man må gjøre det til sitt. Hvordan klarer vi, med de nasjonale føringene, å etablere tilbud som svarer til reformen, slik at det ikke blir for store forskjeller i tjenestetilbud. Men vi vet at det er forskjeller» (Kommunaldirektør kommune 1).*

*«Mye spennende som foregår. Både i forhold til velferdsteknologi og det å snu en hel tjeneste. Fra at vi skal bistå deg til at du skal bruke dine ressurser og klare deg så lenge du kan. En utfordring å ha en forståelse både politisk og administrativt, noe må man ha langsiktige mål på. Vi klarer ikke å få effekter, størrelsesorden mange millioner fordi vi har bestemt oss for å satse på hverdagsrehabilitering. Det tar tid, men det skal rigge for fremtiden. Vanskelig å beregne, men vi har så mange eksempler og gode historier at vi tror på det. Helt klart» (Leder tildelingskontor kommune 1).*

Utfordringene i samhandlingsreformen trekkes også som parallell til den pågående diskusjon om framtidig kommunestruktur i Norge.

*«Kommunene blir styrket, får større ansvar. Det er et av målene, tenker jeg, med kommunestruktur-diskusjonene. Store kommuner som har kompetanse til å gjøre oppgavene og i det store bildet, faktisk også kan gjøre jobben bedre for brukerne, i*

*dette tilfelle pasientene. Med kommunereformen tenker vi, bare for å ha sagt det, at standarden [til vår kommune] er den standarden som skal gjelde. Det kan bli utfordrende i noen henseende» (Rådmann kommune 1).*

*«Kan være et argument ut fra kommunereformen også at vi kan få et større og mer kompetent apparat i kommunene» (Rådmann kommune 2).*

Informanten fra sykehuset oppsummerer samhandlingsreformen fra sykehuset side på denne måten:

1. *forbedring i pasientens liggetid – bruk av sykehus riktigere enn før*
2. *bedre kontakt med kommunene – OSO, samhandlingsmøter, løpende kontakt*
3. *bedring i epikrise utskrivning, elektronisk kommunikasjon, i sum mye bedre*

*«Ulik oppfatning i kommunene om finansiering, men de er tilført midler i rammen» (Leder samhandlingsenheten i sykehuset).*

Ut fra de tilbakemeldingene som mine informanter i kommunene har gitt, synes jeg rådmannen i kommune 2 oppsummer reformen, fra et kommunalt ståsted, på en god måte:

*«Jeg oppfatter ikke at kommunene problematiserer reformen. Det er økonomi og kompetanse som tidvis kan være en utfordring. Kommunene har hatt en eksepsjonell emne over tid til å håndtere, ta inn over seg, finne løsninger på tvers av kommuner, samarbeidsformer osv. Det er litt avmakt og samtidig har vi innfunnet oss med det. Vi gjør som vi får beskjed i kommunene!» (Rådmann kommune 2).*

#### **4.6 Oppsummering**

Samhandlingsreformen har snart virket i 4,5 år. Alle informantene jeg har intervjuet til denne oppgaven er positive til intensjonen i samhandlingsreformen. Reformen har satt økt fokus på forebygging og samhandling. Samhandling både mellom helseforetak og kommune, men også innad i kommunen. Flere informanter har trukket fram at også innenfor det kommunale systemet er det skott og reformen har satt fokus også på interne samhandlingsproblemer.

De kommunale informantene har imidlertid gitt uttrykk for at det gjenstår en del før kommune og sykehus er likeverdige parter i samhandlingen. Dette gir seg utslag i mange avvik i oppfølging av det omfattende avtaleverket som har vært et viktig virkemiddel i reformen. Det



er ikke bare økonomiske og organisatoriske avvik, men også avvik som kan medføre risiko for pasientsikkerheten pga manglende medikamentlister når pasientene skrives ut fra sykehuset. Det synes ikke å ha vært fokus ved implementeringen av reformen på manglende system og rutiner for å melde avvik. Det medfører at avviksoppfølging blir personavhengig og flere informanter mener ikke alle avvik blir registrert. Manglende fokus på dette fra toppledelsen i kommunene er også påpekt i Helsetilsynets rapport fra det landsoppfattende tilsynet.

De ulike økonomiske virkemidlene har hatt ulik effekt. Reformen er i stor grad finansiert ved å redusere rammen til helseforetakene, men informantene i kommunene mener det er en ubalanse i virkemidlene. Kommunal medfinansiering er avviklet fordi dette virkemidlet ikke gav den forventede effekten. Kommunene hadde ikke mulighet til å påvirke innskrivning i sykehus i den grad det var forutsatt. For utskrivningsklare pasienter savner de kommunale informantene et økonomisk virkemiddel kommunene kunne bruke overfor helseforetaket når avtaleverket ikke følges. Kommunene bruker unødvendig med ressurser for å avklare fakturagrunnlaget fra helseforetaket. Når det gjelder KAD-sengene har beleggsprosent vært et tema. Dette virkemidlet synes å gi liten effekt i sykehuset, som forventer at beleggsprosenten skal opp. De kommunale informantene mener imidlertid at beleggsprosent alene ikke viser et riktig bilde. Ulike forebyggende tiltak i hjemmet bidrar til å redusere behovet for innleggelse i KAD.

Manglende tilgang til virksomhetsdata og nye pasientgrupper gir kommunene nye utfordringer. Flere pasienter behandles imidlertid nærmere hjemmet og til en lavere kostnad etter LEON-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå), helt i tråd med intensjonen i samhandlingsreformen.

## **5     Analyse**

I dette kapitlet vil jeg knytte funn fra min studie opp mot teorier som ble presentert i kapittel 2. Et av samhandlingsreformens viktigste mål er behandling på laveste effektive omsorgsnivå (LEON). I tabellen under har jeg stikkordsmessig presentert samhandlingsreformen slik intensjonen i reformen ble presentert.

Input	Virkemidler	Output
Pasientperspektiv	Tjenesteavtaler	BEON/LEON
Samfunnsøkonomisk perspektiv	Nye lover	Høy pasientsikkerhet
	Pasientinnflytelse	God kvalitet
	Forebygging	Redusert ventetid
	Økonomiske og juridiske insentiv	Nærhet til hjemmet
	Oppgaveforskyving sykehus/kommune	Tilpasset den enkelte bruker
Tiltak bedre samhandling		

Tabell: Samhandlingsreformen i en Input Output-modell

Oppnår kommunene de effektene som reformen hadde som intensjon? Jeg har i min studie særlig sett på tjenesteavtalene og de økonomiske virkemidlene i reformen sett fra et kommunalt perspektiv. Jeg har også sett på implementering og gjennomføring av reformen ut fra teorier om styringsutfordringer og økonomistyring i offentlige organisasjoner.

Jeg har valgt å presentere analysedelen i tre underkapittel, ut fra de tre underspørsmålene til forskningsspørsmålet. Først vurderer jeg funnene på samhandlingsutfordringene i min studie opp mot prinsipal agent-teori og kontraktsteori. De økonomiske virkemidlene sees i perspektiv av utfordringer ved NPM i offentlig sektor og teori om økonomiske insentiver. Og til sist ser jeg på hvilke utfordringer kommunene har mht implementering og gjennomføring av reformen ut fra ulike teorier om styring.

### ***5.1 David vs Goliat – samhandlingsinsentiver utfordres av kompleksitet og manglende symmetri mellom partene***

Samhandlingsreformen legger til grunn at samhandling skal sikre en god utnyttelse av ressurser til beste for pasientene. Wisløff-utvalget (NOU 2005:3) mente avtaler mellom kommuner og helseforetak var det viktigste virkemidlet for å få til bedre samhandling.

#### ***5.1.1 Prinsipal Agent***

Prinsipal agent-teori fokuserer på styringsproblemer ifølge Busch et al (2011). I relasjon til samhandlingsreformen er det flere prinsipal agent-relasjoner; stat – kommune, stat – sykehus, men også mellom sykehus – kommune og innad i en kommune mellom ulike nivå eller mellom politikere og administrasjon. Staten finansierer gjennom rammetilskudd en betydelig

andel av virksomheten til både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Et eksempel på en prinsipal/agent-relasjon er samhandlingsreformen hvor staten gjennom organisatoriske, juridiske og økonomiske virkemidler forsøker å styre ressurser og virkemidler slik at nasjonale langsiktige mål innenfor helse- og omsorgssektoren skal oppnås. I offentlig virksomhet brukes ofte begrepene bestiller – utfører i samhandlingen mellom to nivåer.

Agentteori forutsetter at individene vil utøve opportunistisk og nyttemaksimerende adferd. Prinsipalen har begrenset mulighet til å kontrollere agentens aktivitet (Busch et al, 2011). Adferdsøkonomisk teori legger imidlertid til grunn at ikke-økonomiske motiver vil ha betydning og eksempler på slike motiver er moral, ønsket om sosial status og en genuin interesse for den jobben man utfører (Cappelen og Tungodden, 2012). Alle informantene i min studie er enige om at samhandlingsreformen er riktig. Faglige prioriteringer om forebygging og rehabilitering står som sentrale føringer for de kommunale tjenestene. Det synes å være et viktig mål for mine informanter å plassere pasienten i sentrum og sørge for at pasienten ikke merker samhandlingsproblemene mellom kommuner og sykehus. De ønsker ikke at pasienten skal behandles som pakkepost som skyfles mellom behandlingsnivåene.

Gjennom samhandlingsreformen er avtaleverket mellom helseforetak og kommune et viktig juridisk virkemiddel. I min studie er samhandlingen avtalefestet gjennom 1 overordnet avtale og inntil 13 tjenesteavtaler mellom helseforetaket og de to kommunene. Avtalene klargjør ansvar og plikter for begge parter. En kan definere helseforetaket som prinsipal og kommunene som agent i forbindelse med utskrivningsklare pasienter. Sykehuslegen har definisjonsmakten når pasienten er utskrivningsklar og det er sykehuset som reelt sett definerer at kommunen skal kunne være i stand til å ta imot pasienten. Dersom kommunen ikke tar imot pasienten når han/hun er definert som utskrivningsklar, kan sykehuset kreve betaling for hvert ekstra døgn pasienten ligger i sykehuset. Guleroten for kommunen er at kostnad ved å kunne tilby pasienten egne tjenester, er lavere enn et betalingsdøgn i sykehus. Utfordringen er at definisjonsmakten ligger i sykehuset og når de ikke overholder avtaleverket, har kommunene ingen virkemiddel mot sykehuset.

Innad i en kommune kan en definere forholdet mellom politisk nivå og administrasjon eller utførende tjenestenivå som en prinsipal agent-relasjon. I kommune 2 har ulike politiske og faglige føringer vært et tema hos noen av informantene. Det tjenesteytende nivået ønsker å

styrke hjemmetjenestene, mens det politiske nivået ønsker å reetablere en heldøgnsinstitusjon i kommunen. Dette på tross av at det er dokumentert en betydelig økning i tildelte tiltak i hjemmetjenestene. I offentlig virksomhet er det politikerne som setter mål og foretar prioriteringer. Administrasjon og tjenesteutøverne må utføre bestillingene uavhengig av om de er enige i de politiske beslutninger eller ikke. Utfordringen er å kunne dokumentere konsekvensene av prioriteringene slik at ansvaret blir liggende på det politiske nivået og ikke hos den enkelte leder for tjenesteproduserende enheter. Jeg kommer tilbake til dette under pkt 5.3.

En kan argumentere for at det er en prinsipal agent-relasjon mellom en kommune og et sykehus i relasjon til innskrivning av en pasient som henvises fra fastlege. Fastlegene har driftsavtale med kommunene og utfører dermed tjenester på vegne av kommunen. Imidlertid er det sykehusets leger som avgjør om en pasient skal skrives inn i sykehuset. Dersom deres vurdering er annerledes enn fastlegens vurdering, kan sykehuslegen snu pasienten i døra og returnere den til hjemkommunen. Om dette skjer i praksis er en annen sak. Det forutsettes at sykehuset har samme holdning til å sende en pasient i retur som kommunene har. At det skjer i liten grad. Imidlertid ligger reelt definisjonsmakten for å skrive inn en pasient i sykehuset også hos sykehuslegen.

Bestiller-utfører-modellen representerer en overgang fra hierarkisk styring til kontraktsstyring ifølge Busch et al (2011). Jeg vil i neste pkt drøfte oppfølging av tjenesteavtalene mellom sykehus og informantkommunene.

### ***5.1.2 Kontrakter – manglende symmetri og likeverdighet***

Fallan og Pettersen (2010) hevder at kunnskapsorganisasjoner styres ut fra faglige normer og profesjonelle kriterier fordi det skaper legitimitet når koblingen mellom innsats og resultat er tvetydig. Både spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste er tjenester som utføres av personell med høy kompetanse. En forutsetning for at en avtale skal fungere i hht intensjonen, er at begge parter føler seg like forpliktet av avtalen. Staten har gjennom lovverket pålagt helseforetak og kommunene å inngå samarbeidsavtaler. Avtaleverket er omfattende og det er i ulike utredninger og planer lagt til grunn at en forutsetning for å lykkes er at partene er likeverdige.

Selv om ansvarsforholdet er avklart med hensyn til hvilke oppgaver og tjenester som tilligger kommunehelsetjenestene og spesialisthelsetjenestene, er det verken mulig eller ønskelig med en stram politisk/hierarkisk styring av samhandlingsrelasjonene. Derimot argumenterer departementet for fleksibilitet, ikke minst fordi den kompetansemessige/faglige infrastrukturen varierer rundt omkring i kommunene (Andersen et al, 2015).

En betydelig utfordring i samhandlingsreformen er at forutsetningen om likeverdighet mellom partene ikke er tilstede. Dette er også avdekket i det landsdekkende tilsynet som Helsetilsynet gjennomførte i 2015 (Rapport 1/2016). Avtaleverket er ikke like godt kjent hos de ulike aktørene, både i helseforetak og i kommunene. Brudd på avtalene medfører fare for feilbehandling og feilmedisinering av pasienter.

Tjenesteavtalene som er inngått mellom helseforetaket og kommunene har karakter av å være relasjonelle kontrakter. Relasjonelle kontrakter har en rammeform (Greve, 2000, referert i Schiefloe og Værnes, 2010) fordi resultatmåling i offentlig sektor kan være vanskelig. Ifølge Vincent-Jones og Harries er tillit viktig i relasjonelle kontrakter (1998, referert i Schiefloe og Værnes, 2010). Manglende likevekt og symmetri i forhandlinger og samhandling mellom sykehus og kommuner bidrar ikke til tillit. Flere informanter mener at virkemiddelbruken i samhandlingsreformen ikke har bidratt til å justere på denne ubalansen. De hevder at virkemidlene i reformen synes å være laget ut fra et sykehusperspektiv.

En forklaringsfaktor for at samhandling mellom helseforetak og kommunene ikke er symmetrisk er at helseforetaket er en juridisk enhet, mens det er til sammen 21 kommuner med betydelig variasjon i innbyggertall, økonomi og kompetanse. Hver kommune er egne juridiske enheter med lokale løsninger på utfordringene i samhandlingsreformen. Det er åpenbart at begrepet «David og Goliat» blir betegnende på relasjonen kommune/sykehus. Både størrelsesmessig og ressursmessig vil sykehuset innta en rolle, i kraft av å være en stor kompetanseorganisasjon, som ikke bidrar til likevekt i verken forhandlinger eller samhandling.

Avviksregistrering og -rapportering er også et område som avdekker ubalanse i forholdet mellom kommunene og sykehuset. Data fra Overordnet Samarbeidsorgan (OSO) viser at kommunene melder langt flere avvik enn helseforetaket. Om dette skyldes at kommunene opplever flere avvik i samhandlingen med helseforetaket, enn omvendt, er vanskelig å si. Det

er store avvik mellom kommunene i antall meldte avvik. Mine informantkommuner er tilfeldigvis er de to kommunene som melder flest avvik til sykehuset. Ut fra størrelse på en del andre kommuner er det nærliggende å tro at det er manglende kultur eller rutiner som er årsaken til så få meldte avvik. Ut fra størrelse skulle en tro at helseforetaket som organisasjon har tilgang på ressurser for å ivareta avviksregistrering. En så stor kompetansebedrift burde ha fokus på registrering og rapportering som et ledd i kvalitetsforbedringen. I Helsetilsynets rapport (1/2016) er manglende oppmerksomhet fra ledelsen et viktig moment. Jeg kommer tilbake til dette under pkt 5.3.3.

Samhandlingsbrudd medfører betydelig merarbeid og merkostnad for kommunene. Sykepleiere bruker av sin arbeidstid til å etterlyse og etterforske for å finne tilstrekkelig pasientopplysninger slik at de får en oversikt over behandlingsbehovet til pasienten. I ettertid må kommunene i tillegg bruke betydelig energi på å diskutere med sykehuset for å komme fram til riktig nivå på fakturagrunnlaget for utskrivningsklare pasienter. I min oppgave er det fokus på samhandlingsreformen fra et kommunalt ståsted. Ut fra tilbakemeldingene fra mine informanter i kommunene, må det forutsettes at manglende samhandling også medfører unødvendig tid og kostnad hos sykehuset.

Kommune 1 i min studie deltok i Fylkesmannens tilsyn med samhandling om utskrivning av pasienter. I 21 av 22 undersøkte pasientforløp mottok kommunen ikke epikrise (foreløpig eller endelig). Men kommunen meldte, ifølge Fylkesmannen i liten grad samhandlingsavvik mellom sykehuset og kommunen. Tilsynet ble gjennomført i mai 2015. Det synes som tilsynet har vært nødvendig for å sette fokus på dette internt i kommunen. Selv om informantene i kommune 1 i april 2016 synes å ha større fokus på avviksrapportering, så mener flere at det fremdeles er mørketall. Både fordi avtaleverket ikke er godt nok kjent blant kommunens tjenesteytere, men også fordi rapportering er ressurskrevende. Det som er betenkelig er at sykehuset fremdeles i april 2016 forespør om de kan sende pasienter hjem uten at epikrisen er klar. Det tyder på at sykehusets personell kjenner til avtaleverket, men ikke føler det forpliktende nok for sin virksomhet.

## ***5.2 Økonomiske insentiver utfordres av etikk og moral***

De økonomiske virkemidlene som skal støtte målene i samhandlingsreformen om ønsket arbeidsdeling, gode pasientforløp og løsninger på beste effektive omsorgsnivå (BEON). Samhandlingsreformen ble bl.a innført fordi det var en erkjennelse av at tidligere system ikke

svarte til pasientenes behov for koordinerte tjenester. Dette medførte lite effektiv ressursbruk (St.meld. 47, 2008-2009).

«Incentives are the essens of economics» ifølge Prendergast (1999). New Public Management legger til grunn at offentlig sektor ikke representerer noe grunnleggende annerledes enn privat sektor. Offentlige virksomheter har derfor mye til felles med private bedrifter, slik at organisering, styring og ledelse er allmenne prosesser, og modeller kan kopieres på tvers av skillet mellom offentlig og privat (Røiseland og Vabo). Opstad (2013) påpeker imidlertid at offentlige organisasjoner kjennetegnes ved at de har mange målsettinger og det er vanskelig å lage gode insentivordninger. Organisasjonene er komplekse med mange oppgaver og uklare beslutningsprosedyrer. En mangler kunnskaper om kostnader, hvordan de ulike virkemidlene fungerer, og en har ikke gode måleinstrumenter.

Et mål er en beskrivelse av en ønsket framtidig tilstand (Etzioni, 1982, referert i Jacobsen og Thorsvik). I mange tilfeller er dimensjonen (det som skal måles eller evalueres) av en slik art at det er vanskelig eller svært ressurskrevende å måle den direkte. Det er vanskelig å tallfeste de aspektene som vi er ute etter å måle (Opstad, 2013).

Ifølge Ringstad (2003) er det to faktorer som påvirker nivå og fordeling av velferden i samfunnet. Det ene er den innsikten som foreligger om økonomiske mekanismer både når det gjelder virkemidlenes virkning, ukontrollerbare faktorerens virkning og et eventuelt samspill mellom dem, samt vilje og evne til å bruke denne informasjonen. Og den andre er hvilke krefter det er som styrer opplegg, omfang og innretning på den offentlige virkemiddelbruken.

For å forstå forholdet mellom økonomiske insentiver og resultat trengs det innsikt i atferdsøkonomi. Adferdsøkonomisk teori legger til grunn at ikke-økonomiske motiver vil ha betydning og slike motiver kan være moral og en genuin interesse for den jobben man utfører (Cappelen og Tungodden, 2012). Innføringer av økonomiske insentivordninger kan føre til at den indre moralske motivasjonen blir fortrent og erstattet med en vurdering av personlige kostnader og nytte (Opstad, 2013). I dette kapitlet analyseres de tre økonomiske virkemidlene: kommunal medfinansiering, utskrivningsklare pasienter og kommunal akuttmedisinsk døgnenhet (KAD-senger).

### ***5.2.1 Kommunal medfinansiering - Jeg tror de så galskapen!***

Kommunal medfinansiering skulle bidra til at kommunene viste interesse for innbyggernes bruk av tjenester i spesialisthelsetjenesten. Tildelte midler kunne prioriteres til forebyggende tiltak for å redusere antall innleggelser eller utsette sykehusinnleggelser, eller kommunene kunne velge å ikke sette i verk tiltak og heller bruke av midlene til å betale for innbyggernes bruk av sykehustjenester.

Informantene i min studie mener virkemidlet ikke hadde den effekten som lå til grunn fra statens side. For det første er det fastleger eller legevaktsleger som kan henvise en pasient til sykehuset. Disse har driftsavtaler med kommunene og har derfor ingen direkte insentiv til å redusere antall sykehusinnleggelser. Fastlegene skal bidra til å løse samfunnsmedisinske oppgaver i kommunene, men i Wisløff-utvalgets (NOU 2005:3) rapport ble det påpekt at fastlegeordningen som ble innført i Norge i 2001 har forsterket problemene med å få leger til å dekke disse oppgavene i kommunene.

For det andre kan det gå lang tid før effekter av forebyggende tiltak iverksatt i kommunene merkes og de kan være vanskelig å kvantifisere. Å se sammenhengen mellom det økonomiske virkemidlet som staten la til grunn i finansierungsordningene til kommunene, og de besparte kostnadene ved forebyggende tiltak gav, var derfor komplisert og vanskelig å måle.

Finansierungsordningene i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er veldig forskjellig og det var en komplisert avregningsordning. Ifølge en informant var det umulig å forstå grunnlaget for regningene som kom fra helseforetaket. Det var bare å akseptere dem. Dette gir ikke et godt grunnlag for at et økonomisk virkemiddel skal fungere.

Dette er det virkemidlet i samhandlingsreformen som i utgangspunktet medførte størst overføring av finansiering fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, 5 mrd kr på landsbasis i 2012. Ordningen med kommunal medfinansiering ble avvirket pr 01.01.2015. De som kunne påvirke innleggelse i sykehuset hadde ingen direkte motivasjon av virkemidlet. I tillegg har studier vist, ifølge informant i sykehuset, at det er variasjoner fra lege til lege og fra kommune til kommune i bruken av sykehustjenester. Et godt, stabilt fastlegetilbud kan gjøre utslag. At vertskommuner til sykehus har et høyere forbruk av sykehustjenester enn andre kommuner viser at det er flere faktorer som påvirker forbruket av sykehustjenester. I tillegg er det slik at det er sykehuslegene som kan skrive en pasient inn i sykehuset. Dersom sykehusets lege ikke er enig med vurderingen til fastlegen, kan pasienten snus i døra. Flere av informantene i



kommunene konkluderte derfor med at så lenge sykehuset bestemmer hvem som skal skrives inn, så var det feil at kommunene skulle være med og finansiere oppholdet. Ingen av informantene var uenig i at dette virkemidlet ble avviklet. Som en av informantene uttalte «Jeg tror de så galskapen!».

### **5.2.2 Kommunal betalingsplikt utskrivningsklare pasienter – ensidig virkemiddel?**

Kostnadsnivået i spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste er svært forskjellig. Når en pasient er definert utskrivningsklar i sykehuset, vil det ressursmessig være fornuftig å følge opp pasienter med ytterligere oppfølgingsbehov i det kommunale tjenesteapparatet. Dette følger av både BEON- og LEON-prinsippet.

I følge KOSTRA 2014-tall koster et døgn i kommunal institusjon gjennomsnittlig kr 3.087 kr. Her vil det selvfølgelig være kommunale forskjeller. Betalingssatsen for et døgn for utskrivningsklar pasient i sykehus var i 2014 kr 4.255. Kommunene har dermed et økonomisk insentiv til å ta imot pasientene fordi de vil ha lavere kostnader ved å tilby kommunale tjenester enn å betale for et døgn i sykehus. Dette forutsetter imidlertid at kommunene har ledig kapasitet. Dette er en utfordring fordi kommunene har en kort tidshorisont fra sykehuset melder at en pasient er innskrevet på sykehuset og vil trenge kommunale helse- og omsorgstjenester ved utskrivning, til kommunen skal stå klar med et tilbud. Valget til kommunene kan dermed være å betale for flere døgn i sykehus i påvente av ledig kapasitet i egen kommune. Dette er imidlertid dårlig økonomi for sykehuset siden kostnad for et liggedøgn i sykehus er betydelig høyere (i snitt kr 15.670 i 2014) enn refusjonssatsen fra kommunen. Dette bidrar nok til at det ikke er likeverd og symmetri i samhandlingen. Flere av mine informanter konkluderte med at det er banalt å tro at de økonomiske virkemidlene ikke påvirker beslutningene i sykehuset.

Den største utfordringen med dette virkemidlet er at det er et ensidig virkemiddel fra sykehus mot kommunene. Avtaleverket definerer hvilke betingelser som skal være oppfylt før en pasient er utskrivningsklar. Kommunene har imidlertid ingen økonomiske virkemidler mot sykehuset dersom sykehuset ikke oppfyller disse betingelsene. Sykehuset definerer hvilke pasienter som skrives inn i sykehuset og når en pasient er utskrivningsklar. Dermed er det reelt sykehuset som definerer hva en kommune skal takle av oppgaver når pasienten kommer inn under det kommunale tjenestetilbudet. I tillegg vil det være i kommunens interesse å følge opp de sakene hvor sykehuset har registrert betalingsplikt tidligere enn det som er korrekt. Det

betyr at kommunene må bruke knappe ressurser til å innhente både manglende pasientinformasjon og å krangle på faktura i ettertid.

Flere av mine informanter mener at kommunenes betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter har medført at pasientene blir «pakker» mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Det kan drøftes om det økonomiske virkemidlet har redusert andre motiv som vektlegges i adferdsøkonomisk teori. Når pasienten er ankommet kommunen har kommunene ingen virkemidler mot sykehuset. Flere av informantene truer med at en dag vil de sende en pasient i retur til sykehuset, for å statuere et eksempel. Men de konkluderer raskt med at det stopper seg selv. Det gjør man bare ikke!

I hht avtaleverket skal ikke sykehuset forespeile en utskrivningsklar pasient hvilket tilbud han/hun skal motta når de kommer hjem. Dette skjer imidlertid. Flere informanter mener at sykehuset gjør dette for å sikre pasientene et tilbud fordi pasientene skrives tidligere ut fra sykehuset enn før. At det er en trygghet å love en korttids plass i kommunen for å betrygge pasienten eller de pårørende. Kommunen kan dermed i etterkant av utskrivning komme i en diskusjon med pasient og pårørende dersom kommunens konklusjon er at pasienten bør reise hjem og motta hjemmetjenester.

Ut fra et kommunalt perspektiv er det grunn til å diskutere om de økonomiske virkemidlene bidrar i for stor grad til økt press i sykehuset på å skrive ut pasientene. Ifølge informantene skriver sykehuset ut pasientene tidligere enn før. Sykehusene har mistet ramme for å finansiere tjenester i kommunene i forbindelse med samhandlingsreformen. Sykehusene har i samme periode fått økt ramme fra staten for bl.a å redusere ventetiden på sykehusbehandling. Dette kan bidra ytterligere til fokus på redusert liggetid i sykehuset i perioden etter at reformen er innført.

Det er ikke tvil om at avvik i samhandling mellom sykehus og kommunene i min studie, går begge veier. Dette medfører unødvendig tidsbruk og kostnader for å finne ut av manglende informasjon både ved innskrivning og utskrivning.

### ***5.2.3 Kommunal akuttmedisinsk døgnenhet (KAD-senger) – overkapasitet?***

Det siste økonomiske virkemidlet jeg vil omtale er etablering av KAD-senger, eller kommunal akuttmedisinsk døgntilbud. Virkemidlet er finansiert ved at 50 % av samlet

beregnet kostnad er hentet fra rammen til spesialisthelsetjenesten. Resten finansieres ved økt ramme fra staten. Tilbudet skal brukes for å redusere sykehusinnleggelse forutsatt at kommunalt tilbud er like godt eller bedre for pasienten. Det er derfor forventninger fra sykehusenes side til at dette nye tilbudet skal bidra til mindre press på sykehusene. Denne effekten er ifølge min informant i sykehuset ikke merkbar. Dette bekreftes av ulike utredninger som konkluderer med at belegg i KAD-senger er i snitt 30 % på landsbasis.

Det er igjen interessant å drøfte om økonomiske insentivordninger kan føre til at den indre moralske motivasjonen blir fortrent og erstattet med en vurdering av personlige kostnader og nytte (Opstad, 2013). Belegg i KAD-sengene styres av fastleger, legevaktsleger og evt sykehjemsleger i kommunene. En pasient som legges inn i KAD-seng skal ha en avklart tilstand ved innleggelse. Tidkrevende innleggingsprosedyrer som medfører merarbeid for legene er en faktor Senter for omsorgsforskning (Rapportserie 10/2015) trekker fram som en av flere forklaringer på lavt belegg. Dette støttes også av informantene i min oppgave. Det er enklere for legen å sende pasienten til sykehuset. Da har legen ikke ansvar for diagnose eller behandlingsplan. KAD-senger har 24 t tilstedeværelse av sykepleier. Manglende tiltro til sykepleiergruppen er et annet moment som trekkes fram som en forklaring på lavt belegg. I enkelte kommuner er det åpnet for at sykehusleger kan skrive pasienter inn på KAD. Dette er ikke tilfellet for kommunene i min oppgave. Ettersom sykehuset ved sykehuslegene har definisjonsmakten når det gjelder når en pasient i sykehuset er utskrivningsklar, synes det rimelig at det er kommunen som bør ha definisjonsmakten når det gjelder hvilke pasienter som skal skrives inn i en KAD-seng.

Hensikten med etableringen av KAD-senger er ifølge Nasjonal helse- og omsorgsplan (St.meld. 16, 2010-2011) å bedre pasientforløpene og å gi tjenestene nærmere der pasienten bor. Det synes ikke som dette virkemidlet helt har gitt den effekten det var tiltenkt. I alle fall ikke foreløpig. De som styrer bruken av KAD-senger har ingen direkte effekt av virkemidlet, men påfører seg selv merarbeid og meransvar ved å bruke dette tilbudet. Begge kommunene i min studie jobber med å øke kunnskapen og bevisstheten rundt KAD-sengene hos kommunenes fastleger.

Økonomisk virker dette virkemidlet foreløpig å gå i favør av kommunene. Sykehusene har fått redusert sin ramme, men merker liten effekt av tiltaket. Hvor lang tid det vil ta før beleggsprosent i KAD-sengene øker er ikke godt å si. Det kan derfor drøftes om det i forhold

til intensjonen med tiltaket, er en overkapasitet i etableringen av KAD-senger i kommunene. Selv om akutt-tilbud i sin natur må ha ledig kapasitet for å kunne ta imot akutte innleggelser, er 30 % belegg lavt. I begge kommunene i min oppgave er KAD-sengene lagt til allerede etablerte korttidsavdelinger. Det betyr at ressursen (f.eks ledig sykepleiekapasitet på KAD) benyttes til andre omsorgstjenester når KAD-sengene ikke er i bruk.

#### ***5.2.4 Nye pasientgrupper – er kommunene forberedt?***

Fra 01.01.2017 utvides samhandlingsreformen til å omfatte nye pasientgrupper når det gjelder betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter og KAD-senger. Da utvides det kommunale ansvaret til å omfatte pasienter innenfor psykisk helse og rus.

De to kommunene i min oppgave synes å ha en litt avventende holdning til det utvidede ansvaret. De mener mange forhold rundt disse pasientgruppene ikke er avklart enda fra statens side. Både informantene i kommunene og informant i sykehuset mener det kan bli en utfordring mht kompetanse i kommunene. En annen utfordring kan være at spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er underlagt ulikt lovverk, f.eks i forhold til bruk av tvang.

Ulikheter i spesialisthelsetjenesten mellom somatikk og psykiatri trekkes også fram som en utfordring. Diagnosesetting i psykiatrien har tatt lengre tid og rutinene for å melde utskrivningsklare pasienter må følges. Det virker som om sykehuset og kommunene mener at den andre parten vil få en bratt læringskurve.

Basert på erfaringene med virkemiddelbruken blant tilsvarende tiltak i somatikken, både mht oppfølging av avtaleverk og de økonomiske virkemidlene, kan det være fare for at det vil være noen skjær i sjøen også for samhandlingen knyttet til de nye pasientgruppene.

### ***5.3 Styringsinsentiv – manglende virksomhetsdata og ledelsesfokus***

Offentlig sektor har hatt et stempel på seg at den er ineffektiv og tungrodd. New public management satte økt fokus på effektivitet som overordnet mål, gjennom økt vekt på resultat, marked og konkurranse, samt en sterkere brukerorientering (Christensen, 2006).

I offentlig sektor fastsetter politikerne målene, mens de ulike offentlige virksomhetene er ansvarlige for å nå målene innenfor gitte ressursrammer (Røiseland og Vabo, 2012). Ifølge

Opstad (2013) defineres styring ut fra evne til å prioritere, grad av påvirkning, å ha oversikt, å ha kontroll, å holde seg innenfor gitte rammer og å være i stand til å utnytte ressursene best mulig. Mange av disse punktene er utfordrende i offentlig sektor fordi man ikke har et marked som justerer tilbud og etterspørsel. Den optimale mengden velferdsgoder er der samfunnets grensenytte er lik samfunnets grensekostnad. Utfordringen er å identifisere disse (ibid).

I min analyse har jeg lagt til grunn et normativt syn på styringssystem. Det normative synet legger til grunn at korrekte regnskaps- og styringsdata vil kunne gjøre det mulig å allokere ressursene effektivt (Mellemvik m.fl.- 1988, referert i Mellemvik et al, 2000).

### ***5.3.1 Manglende virksamhetsdata***

Styring handler i følge Røiseland og Vabo (2012) om å påvirke og endre samfunnet på en bevisst og planmessig måte. Samstyring handler om å gi samarbeid retning, men på en måte som opprettholder fordelene som er oppnådd gjennom desentralisering og delegering (Peters, 2010, referert i Røiseland og Vabo, 2012). Røiseland og Vabo (2012) definerer tre kjennetegn ved samstyring; gjensidig avhengighet, forhandlinger og planlagt og målorientert aktivitet. De trekker fram samhandlingsreformen som eksempel på samstyring mellom flere nivå innenfor offentlig sektor.

Mange av styringsutfordringene i kommunene er uavhengig av samhandlingsreformen, men forsterkes fordi reformen bl.a medførte en oppgaveforskyving fra spesialisthelsetjenesten til kommunal helse- og omsorgstjeneste. Nye oppgaver kan gi enda flere styringsutfordringer på ulike nivå i de kommunale organisasjoner. Manglende eller vanskelig tilgjengelig datagrunnlag for analyse av aktivitet og økonomi vil forsterke styringsutfordringene. Dersom virksomheten har flere mål skal styringssystemet ifølge Opstad (2013) identifisere og prioritere virksomhetens mål, samt styre virksomhetens aktiviteter og ressurser mot de målene en har stilt opp.

Kommune 1 holder på å implementere et styringssystem og prosessen beskrives som omfattende. Det er omfattende å trekke ut relevante data fra ulike tjenestesystem (forsystem) for å kunne presentere relevante virksamhetsdata til ledere på ulike nivå. Rådmannen definerer det som å finne opp kruttet selv. Ikke alle kommuner har ressurser og kompetanse til å gjennomføre slike prosesser. Mange av informantene, på ulike nivå i kommunene, har

imidlertid uttrykt ønske om å få tilgang til data og analyser av virksomheten for å vurdere prioriteringer og utvikling av tjenestene.

Offentlige organisasjoner kjennetegnes ved at de har mange målsettinger (Opstad, 2013). Det finnes eksempler på offentlige tjenester som er vanskelig å kvantifisere og måle, f.eks pasienttilfredshet og effekter av forebyggende tiltak. Det finnes imidlertid ulike alternativer for å evaluere eller måle resultat, avhengig av formål. Opstad (2013) nevner egenvurdering, kollegial vurdering, underordnet enhet, overordnet enhet eller brukerne som alternativer. Kommunene tilbyr tjenester til innbyggerne på mange ulike områder. Tilgang på analysekompetanse og – kapasitet burde vært tilgjengelig for alle kommuner for å sikre bedre grunnlag for beslutninger og prioriteringer. KOSTRA-rapporteringen, ifølge en av mine informanter, definerer en liten administrasjon som et mål på en veldreven kommune. Det er derfor interessant at etableringen av et styringssystem i kommune 1 kommer etter et politisk vedtak. Lokale politikere har dermed sett behovet for tilgang til relevante virksomhetsdata og synes dette er viktig for å riktige beslutninger på sikt.

Manglende tilrettelegging i ulike pasientsystem synes å medføre at kommunene på enkelte områder tvinges til å lage ressurskrevende og tidkrevende rutiner. Avviksregistrering av samhandlingsbrudd er et slikt eksempel. Manuell registrering og rapportering av KAD-sengene er et annet eksempel. Tilrettelegging for mer elektronisk registrering og rapportering kunne sannsynligvis gitt bedre datagrunnlag og frigjort ressurser i kommunene.

### ***5.3.2 Økonomistyring – utfordringer i offentlig virksomhet***

Ifølge Pettersen et al (2008) er det to utfordringer i offentlig styring; fordeling av tilgjengelige ressurser mellom ulike typer tjenester og hvordan sikre best mulig utnyttelse av ressursene. Opstad (2013) definerer økonomistyring som ledelsens evne til å styre virksomheten på en slik måte at ressursene utnyttes best mulig (Opstad, 2013), mens Anthony (1965, referert i Mellemvik et al, 2000) definerer økonomistyring som prosessene som knytter sammen strategisk planlegging og operasjonell kontroll.

I offentlig sektor er det politikerne som setter målene, mens ulike fagprofesjoner skal sette vedtakene ut i livet. Mange beslutninger som profesjonene tar i offentlig sektor, generer kostnader, og det er viktig at de ansatte i slike situasjoner fokuserer på økonomi (Opstad, 2013).

Økonomistyring i offentlig sektor har andre utfordringer enn i privat sektor. Offentlig sektor finansieres i hovedsak av skatteinntekter og måling av det økonomiske overskuddet knyttet til produksjonen i den offentlige virksomheten blir derfor ikke spesielt interessant. Målet med regnskapet blir dermed å få en riktig måling av kostnadene (Mellemvik et al, 2000). Ved å koble kostnader og aktivitet, kan man begynne å måle produktivitet. Det er nødvendig å rydde i organisering slik at en leder har entydig ansvarsramme for tjenesteproduksjon og økonomi. Dette har vært et resultat av arbeidet med innføring av ABF i kommune 1. Det har ifølge informantene vært nødvendig å rydde i strukturen.

Et overskudd i regnskapet for en kommunal enhet (besparelse i forhold til tildelt budsjettramme) kan enten bety at den forutsatte tjenesteproduksjonen ikke er gjennomført som planlagt eller at den forutsatte tjenesteproduksjonen er gjennomført med mindre ressursinnsats enn planlagt (Mellemvik et al, 2000). Tilsvarende vil et underskudd enten bety at den forutsatte tjenesteproduksjonen er gjennomført utover de tildelte rammer eller at det er levert en høyere tjenesteproduksjon enn forutsatt i budsjettet. For å få svar på hva som er det riktige bildet må økonomi og aktivitet kobles.

Begge kommunene i min oppgave har hatt eller har helse- og omsorgsavdelinger som driver utover tildelt budsjettramme. Kommune 1 har ifølge rådmannen brukt alt av frie midler gjennom statsbudsjettet til å styrke rammen til helse og omsorg. Dette har gått på bekostning av andre kommunale tjenester som barnehage, skole og asfaltering. Utfordringen er at antall tjenestemottakerne og behov for tjenester vanskelig lar seg styre. Det er enklere å utsette asfaltering av en kommunal vei, enn å stoppe å ta imot pasienter som er definert utskrivningsklare fra sykehuset. Innføringen av et styringssystem i kommune 1 synes å være et tiltak for å kunne vurdere økonomisk ramme og aktivitet i tjenestene sammen. Rådmannen i kommune 2 ser også behovet for å kalibrere tjenestene slik at aktivitet og økonomi vurderes samlet. Dette vil også være nødvendig for å kunne ansvarliggjøre politikerne som skal sette mål og prioriteringer for de kommunale tjenestene.

Aktivitetsbasert finansiering (ABF) som er under implementering i kommune 1 synes å være basert på prinsipper om Time-driven activity based costing (TDABC). Veldig forenklet sagt defineres først ressurser og kapasitet til disposisjon, eks hvor mange minutter arbeidstid er tilgjengelig ut fra bemanning på en serviceenhet. Aktiviteter som benytter tjenester fra denne serviceenheten kartlegges og kostnad pr aktivitet anslås som estimerer direkte på produkter

eller tjenester (Kaplan og Anderson, 2007). Alle informantene i kommune 1 var positive til innføringen av ABF fordi ressurser må følge vedtak om tildeling av tjenester.

Tildelingskontoret i kommunen tildeler tjenester til kommunens innbyggere og sitter på budsjettet. Etter innføring av ABF vil de som utfører vedtakene fra tildelingskontoret også få budsjettmidler til å gjennomføre tjenestene. Modellen er under utprøving i hjemmetjenestene, men er et spennende tiltak for å øke fokus på kostnader og effektivitet. Dersom mengden vedtak overstiger samlet budsjett, må det drøftes om kvaliteten på tjenestene skal reduseres, om mengden tjeneste hver bruker mottar skal reduseres eller om sak skal fremmes for politikerne for å søke om økt budsjetttramme.

### *5.3.3 Manglende ledelsesfokus*

Ifølge Fossetøl (2009) garanterer koordinert politisk styring, brukermedvirkning, kunnskapsbasing, samarbeidsavtaler og møteplasser, i seg selv ikke en ny eller annerledes dialog med tjenesteyterne. Dette synes å være bildet når det gjelder avtaleverket som ligger til grunn for samhandlingen mellom helseforetak og kommunene i samhandlingsreformen. Fossetøl (2009) viser også til at det kan være vanskelig på forhånd å avgjøre hva som er den riktige balansen mellom styring og dialog. Likeverdige parter er et gjentakende begrep i planlegging og gjennomføring av samhandlingsreformen. Styringen skal skje gjennom virkemidler fra staten, mens dialog og samhandling skal skje mellom de utøvende tjenestenivåene; spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Selv om intensjonene har vært gode er det ikke et bilde av likeverdige parter som informantene presenterer når samhandlingen mellom sykehus og kommune kommenteres. Manglende oppfølging på ledernivå av samhandlingsutfordringene er et viktig moment i Helsetilsynets rapport (1/2016). I rapporten presiseres det at det er et krav at alle som yter helsetjenester skal ha et styringssystem som sikrer faglig forsvarlige tjenester. Dette omfatter å planlegge, iverksette, kontrollere og korrigere tjenestene. Når avtalte retningslinjer ikke var implementert, var det uklart for de ansatte hva de kunne forvente seg av samhandlende virksomhet. Det var da heller ikke klart hva som var avvik fra samhandlingen og som burde rapporteres (ibid).

Tilbakemelding fra informantene i min studie viser at avtaleverket ikke har vært godt nok kjent, både i kommunene og i sykehuset. Det har vært en økning i meldte avvik, men tatt i betraktning alvorsgraden i samhandlingsavvikene som er avdekket også gjennom



Helsetilsynets rapport, burde det vært betydelig mer fokus på dette. Samhandlingsavvik og avviksrapportering har vært tema hos flere av mine informanter. Kommunaldirektørene har hatt fokus på dette, men i det daglige er det enhetsledere og tjenesteutøvere på ulike tjenester som kjenner problemet på kroppen. Det synes å være nødvendig med betydelig mer fokus på problemstillingen fra øverste ledelsen både i sykehus og i kommunene for å redusere alvorlige avvik i samhandlingen.

## **6. Konklusjoner**

I denne masteroppgaven har jeg sett på samhandling, økonomiske insentiver og styringsutfordringer knyttet til implementeringen av samhandlingsreformen i to kommuner. Samhandlingsreformen ble innført fra 01.01.2012 og har virket i snart 4,5 år. Oppgaven har et særlig kommunalt perspektiv fordi reformen medfører en oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Jeg har tatt utgangspunkt i følgende forskningsspørsmål:

*Hvordan fungerer virkemidlene i samhandlingsreformen i kommunal praksis?*

Med følgende underspørsmål:

- Hvordan fungerer samhandlingsinsentivene?
- Hvordan fungerer de økonomiske insentivene?
- Hvordan fungerer styringsinsentivene?

I samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47) tegnes et dystert framtidsbilde dersom man ikke klarer å møte utfordringene med utviklingen av demografi og sykdomsbilde, med forskyvninger fra yrkesaktive til ikke yrkesaktive/behandlings- og pleietrengende, og derav økte behov for helse- og omsorgstjenester. Dersom vi ikke har tilstrekkelig vilje og evne til å utvikle nye løsninger, vil valget stå mellom to ikke ønskelige alternativer. Enten får vi en utvikling som blir en trussel mot samfunnets bæreevne, eller så blir det over tid nødvendig med prioriteringsbeslutninger som vil bryte med grunnleggende verdier i den norske velferdsmodellen (ibid, s 14).

Et av de viktigste samhandlingsinsentivene i reformen er et omfattende avtaleverk inngått mellom helseforetak og kommunene. Avtaleverket er pålagt gjennom ny lov om kommunale

helse- og omsorgstjenester og skal være forankret gjennom vedtak i det enkelte kommunestyre. I denne studien har det vært fokusert på tre avtaler, hhv innleggelse i sykehus, KAD-senger og utskrivningsklare pasienter. Jeg har analysert utfordringene knyttet til samhandling og avtaleverket ved å bruke prinsippal/agent-teori og kontraktsteori.

Informantene i min oppgave forteller om omfattende samhandlingsbrudd med sykehuset, spesielt når det gjelder utskrivningsklare pasienter. Det er svært ulike praksis fra kommune til kommune når det gjelder å melde avvikene, men samlet melder kommunene flere avvik overfor helseforetaket enn omvendt. Manglende likeverdighet og symmetri, samt manglende ledelsesfokus synes å være forklaringer på samhandlingsbruddene.

Samhandlingsreformen har flere ulike økonomiske incentiver. Jeg har sett på kommunal medfinansiering, betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter og KAD-senger. Fordi det offentlige har mange målsettinger og det er vanskelig å lage gode økonomiske incentiver. Kommunal medfinansiering skulle få kommunene til å se sammenhengen mellom bruk av egne ressurser gjennom f.eks forebyggende tiltak og innbyggernes forbruk av spesialisthelsetjenester. Kommunene hadde ikke reell påvirkning på innleggelsene i sykehus og avregningen for det økonomiske oppgjøret var komplisert. Virkemidlet ble avvirket pr 01.01.2015 fordi sammenhengen mellom incentiv og resultat ikke ble som tiltenkt.

Den største utfordringen med betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter er at epikrise ikke følger pasienten ved utskrivning. Flere informanter beskriver at dette kan føre til feilbehandling og feilmedisinering. Dette bekreftes også av Helsetilsynets rapport (1/2016). Kommunene bruker betydelig med ressurser på å skaffe tilstrekkelig informasjon om pasient og medikamenter, og på å forhandling med sykehuset om et riktig fakturagrunnlag i ettertid. Dette er ressurskrevende både i kommunene og i sykehuset. Flere informanter etterlyser virkemidler kommunene kan bruke overfor sykehuset ved slike samhandlingsbrudd.

For KAD-sengene drøftes det om lav beleggsprosent gir et godt bilde av effektene. Fastlegenes merarbeid ved å legge pasienter inn i KAD-senger og manglende tiltro til sykepleiergruppen er momenter som trekkes fram. De kommunale informantene mener forebyggende tiltak kan gi effekter som påvirker belegg i KAD-sengene, men begge kommunene jobber med å gjøre tilbudet kjent blant kommunens fastleger. Finansieringen av tiltaket er delvis hentet fra spesialisthelsetjenesten, men helseforetaket merker liten effekt.

Til slutt har jeg sett på mangel på styringssystem og tilgang på virksomhetsdata opp mot ulike teorier om styring i offentlig sektor. Flere informanter etterlyser bedre virksomhetsdata og analysegrunnlag. En av kommunene i min oppgave er midt i implementeringen av et styringssystem. Innhenting av virksomhetsdata fra ulike forsystem beskrives som en omfattende prosess. Kommunen holder også på å implementere et system for aktivitetsbasert finansiering i helse- og omsorgsavdelingen. Hjemmetjenestene er pilot og informantene i kommunen er positiv til systemet fordi budsjettmidler skal følge vedtakene. Avviksrapporteringen på samhandlingsbrudd mellom sykehus og kommunene er manuell og ressurskrevende. Manglende ledelsesfokus trekkes fram som en forklaringsfaktor på mange samhandlingsbrudd og at bruddene gjentas. Det synes også forunderlig at rapportering på KAD-senger skjer manuelt i 2016 ved rapportering i regneark to ganger i året til Helsedirektoratet. Dette er også en risikofaktor når det gjelder datakvalitet. Offentlig sektor har enda et potensial i bedre elektronisk samhandling.

Alle informantene i min studie mener imidlertid at samhandlingsreformen er viktig og riktig. Pasientene får behandling nærmere hjemmet. Det er samstemt på øverste nivå i kommunene at reformen er underfinansiert og alle de kommunale informantene mener det er enda en vei å gå for å få til bedre samhandling med helseforetaket. Partene er enda ikke likeverdige og insentivene bidrar ifølge mine kommunale informanter ikke til dette. Nye pasientgrupper innenfor psykisk helse og rus vil bli omfattet av samhandlingsreformen fra 01.01.2017. Det blir interessant å se om det blir etablert nye virkemidler ved utvidelsen av kommunalt ansvar for å unngå samhandlingsbrudd for disse pasientgruppene, dvs om erfaringene fra somatikken kan bidra til dette.

Den gjengse oppfatning synes å være at en reform er god dersom intensjonen med reformen er god. Det blir interessant å følge med på evaluering av samhandlingsreformen og hvilke konsekvenser det går for virkemiddelbruken framover. Konklusjonen i min masteroppgave kan oppsummeres på samme måte som Helsetilsynets rapport (1/2016):

*Samhandlingsreformen – en god stund til målene er nådd*



## **Figurer, tabeller og diagram**

Side 3 Figur A og B: Alderssammensetning av befolkningen og forsørgelsesbyrden

Side 8 Figur: Ulike styringsformer

Side 9 Figur: Kobling mellom offentlige virkemidler og velferd

Side 10 Figur: Økonomistyring

Side 20 Figur: Seleksjon i forskningsprosessen

Side 51 Figur: Sammensetning av kommunesektorens samlede inntekter 2015

Side 20 Tabell: Sammendrag av forskningsprosessen

Side 41 Tabell: Avtaleverk sykehuset og kommunene i sykehusets opptaksområde

Side 53 Tabell: Utviklingen i tildelte timer i tre tilfeldige uker de tre siste årene – kommune 2

Side 83 Tabell: Samhandlingsreformen i en Input Output-modell

Side 46 Diagram: Utvikling i meldte avvik samlet for perioden 2012-2015

Side 48 Diagram: Antall meldte avvik pr kommune 2014-2015

Side 56 Diagram: Antall medisinske akuttinnleggelser kommune 1 for perioden 2011-2015, alder 50-99 år

Side 57 Diagram: Antall medisinske akuttinnleggelser kommune 2 for perioden 2011-2015, alder 50-99 år

Side 57 Diagram: Snitt liggedøgn medisinske akuttinnleggelser kommune 1 for perioden 2011-2015, alder 50-99 år

Side 58 Diagram: Snitt liggedøgn medisinske akuttinnleggelser kommune 2 for perioden 2011-2015, alder 50-99 år

## Litteraturliste

Andersen, O. J., Gårseth-Nesbakk, L., & Bondas, T. (2015). Innovasjoner i offentlig tjenesteyting: vågal reise med behov for allierte. Bergen: Fagbokforlaget.

Bogsnes, B. (2009). Implementing beyond budgeting: unlocking the performance potential. Hoboken, N.J: Wiley.

Busch, T., Johnsen, E., Klaudi Klausen, K., & Vanebo, J. O. (2011). Modernisering av offentlig sektor: trender, ideer og praksiser (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.

Busch, T., Vanebo, J. O., & Johnsen, E. (2009). Økonomistyring i det offentlige (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.

Cappelen, A. W. & Tungodden, B. (2012). Adferdsøkonomi og økonomiske eksperimenter F. Magma 5/2012, s 26-30.

Cappelen, A. W. & Tungodden, B. (2012). Insentiver og innsats. Magma 5/2012, s 38-44.  
Christensen, T. (2006). Staten og reformenes forunderlige verden. Nytt Norsk Tidsskrift 3/2006, s 215-228.

Christensen, T. (2006). Staten og reformenes forunderlige verden. Nytt norsk tidsskrift (trykt utg.). Årg. 23, nr 3 (2006).

Christensen, T., Lie, A., & Lægreid, P. (2008). BEYOND NEW PUBLIC MANAGEMENT: AGENCIFICATION AND REGULATORY REFORM IN NORWAY. Financial Accountability & Management, 24(1), 15-30.

Easterby-Smith, M., Thorpe, R., & Jackson, P. R. (2008). Management research (3rd ed. ed.). Los Angeles: Sage.

Fallan, L., & Pettersen, I. J. (2010). Mål og mening? – Om styringsdilemmaer i offentlig sektor. Praktisk økonomi & finans, 27(01), 99-111.

Fossestøl, K. (2009). Valgfrihet, styring eller dialog; om samstyring av velferdsstatlig tjenesteyting. Sosiologi i dag.

Fylkesmannen i Nordland - Rapport fra tilsyn med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen ved [.....] kommune 2015 (03.09.2015).

Hagen, Terje P. Working paper 2016: 3. Effekter av kommunal medfinansiering på etterspørsel etter spesialisthelsetjenester. Universitetet i Oslo, Avdeling for helseledelse og helseøkonomi.

Hanssen, G. S., Helgesen, M. K., & Holmen, A. K. T. (2014). Den forhandlende kommune i samhandlingsreformen - forhandlingspraksis og lederegenskaper. Norsk statsvitenskapelig tidsskrift(02), 109-130.

Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal veileder (2011). Samhandlingsreformen. Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen>, Lesedato 27.05.2016.

Helse- og omsorgsdepartementet. Informasjon om gjennomføringen av samhandlingsreformen. Brev til kommunene og regionale helseforetak, datert 21.12.2011. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/informasjon-om-gjennomforingen-av-samhan/id667775/>

Helsedirektoratet. SAMDATA spesialisthelsetjenesten 2014, september 2015 (ISBN-nr. 978-82-8081-398-5).

Helsedirektoratet. SAMDATA Spesialisthelsetjeneste 2014. Definisjonsvedlegg.

Helsedirektoratet. Veiledningsmateriell. Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Revidert 2/2014.

Helsetilsynet. Rapport 1/2016. Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen.

Grønmo, S. (2004). Samfunnsvitenskapelige metoder. Bergen: Fagbokforlaget.  
Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2007). Hvordan organisasjoner fungerer (3. utg. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.

Jacobsen, D.I. & Thorsvik, J. (2013). Hvordan organisasjoner fungerer. Bergen: Fagbokforlaget, 4. utg.

Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2010). Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode (4. utg. ed.). Oslo: Abstrakt.

Kaplan, Robert S. & Anderson, Steven R. (2007). Time-Driven Activity-Based Costing. A simpler and more powerful path to higher profits. Harvard Business School Press, Boston.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Det tekniske beregningsutvalg for kommunal og fylkeskommunal økonomi. [https://www.regjeringen.no/contentassets/5793ef452cd2404bafa23522921a1e1d/tbu\\_nov\\_2015.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/5793ef452cd2404bafa23522921a1e1d/tbu_nov_2015.pdf)

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>, lesedato 21.03.2016.

Mellemvik, F., Bourmistrov, A., Mauland, H. & Stemland, J. (2000). Regnskap i offentlig (kommunal) sektor: behov for en ny modell. HBO-rapport 9/2000.

Merchant, K. A., & Stede, W. v. d. (2012). Management control systems: performance measurement, evaluation and incentives (3rd ed.). Harlow: Prentice Hall/Financial Times.

Nesheim, T. & Vathne, K. (2000). Konkurransetsetting og bestiller-utfører-organisering i norske kommuner. SNF-rapport nr. 59/2000. Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning, Bergen.

NOU 2005:3. Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste. Statens forvaltningstjeneste.

Nyland, K., Pettersen, I. J., & Östergren, K. (2008). Same reform – different practices?; How regional health enterprises adjust to management control reforms. *Journal of Accounting & Organizational Change*, 5(1), 35-61.

Opstad, L. (2013). Økonomistyring i offentlig sektor (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk forlag.

Overordnet Samarbeidsorgan (OSO). Sakspapirer møte 15.02.2016. Hentet fra Helseforetakets hjemmeside.

Pettersen, I. J., Magnussen, J., Nyland, K., & Bjørnenak, T. (2008). Økonomi og helse – Perspektiver på styring (2. ed.). Oslo: Cappelen akademisk forlag.

Pollitt, C. (2003). *The essential public manager*. Maidenhead: Open University Press.

Prendergast, C. (1999). The Provision of Incentives in Firms. *Journal of Economic Literature*, 37(1), 7-63.

Prendergast, C. (1999). The Provision of Incentives in Firms. *Journal of Economic Literature*, 37(1), 7-63.

Ringstad, V. (2003). Offentlig økonomi og økonomisk politikk (5. utg. ed.). Oslo: Cappelen akademisk forlag.

Røiseland, A., & Vabo, S. I. (2008). Governance på norsk; samstyring som empirisk og analytisk fenomen. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*.

Røiseland, A., & Vabo, S. I. (2012). *Styring og samstyring: governance på norsk*. Bergen: Fagbokforl.

Schiefloe, P. M., & Værnes, R. (2010). Bestillere og utførere: koordinering og samarbeid. *Søkelys på arbeidslivet*, 27(04), 396-409.

Senter for omsorgsforskning. Rapportserie nr 10/2016. Skeptiske leger og tomme senger? Bruke av de kommunale akutte døgnplassene.

Statsbudsjett 2015. [http://www.statsbudsjettet.no/upload/Statsbudsjett\\_2015/dokumenter/pdf/gulbok.pdf](http://www.statsbudsjettet.no/upload/Statsbudsjett_2015/dokumenter/pdf/gulbok.pdf)

Statsbudsjett 2016. <https://www.regjeringen.no/no/dokument/statsbudsjettet/statsbudsjettet-2016/id2439845/>

St.meld. nr. 12 (2012-2013). Perspektivmeldingen 2013. Finansdepartementet.

St.meld. nr. 16 (2010-2011). Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015. Helse- og omsorgsdepartementet.



St.meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet.

Websider:

<https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/kommunal-medfinansiering-kmf>, lesedato 17.01.2016.

<https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/utskrivningsklare-pasienter>, lesedato 15.05.2016.

<https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/innsatsstyrt-finansiering-isf-og-drg-systemet/drg-systemet>, lesedato 17.02.2016.

<https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen>

<https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/id421/>, lesedato 17.02.2016.

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/oversikt-over-landets-helseforetak/id485362/> - lesedato 16.05.2016

<http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkemengde/aar-per-1-januar/2016-02-19?fane=tabell#content> – lesedato 16.05.2016

<https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkemengde/kvartal/2016-05-12?fane=tabell&sort=nummer&tabell=265361> – lesedato 16.05.2016

<https://www.ssb.no/statistikkbanken/SelectVarVal/save selections.asp> - Utgifter per oppholdsdøgn i institusjon, KOSTRA 2014. Lesedato 27.05.2016.

I tillegg er informasjon hentet fra hjemmesider til kommune 1, kommune 2 og helseforetaket:

Samarbeidsavtaler/tjenesteavtaler og da spesielt avtale nr 3, 4 og 5 mellom helseforetak og kommunene

Årsmelding 2015 kommune 1

Årsmelding 2015 kommune 2

Disse spesifiseres ikke nærmere for å ivareta anonymiteten til informantene.